



Caisse d'Allocations Familiales
des Pyrénées-Orientales
112, rue Docteur Henri Ey
BP 49927
66019 PERPIGNAN CEDEX

FORMULAIRE DE CONTACT dans le cadre de la mission de constat initial



N° allocataire Nom, prénom

Adresse

(bâtiment, étage,

n° appartement)

Commune

☐ Absence de contact

Motif

Hors périmètre d'intervention (Permis de louer, SCHS...)

☐ Logement décent

☐ Logement présumé indécrit → programmation d'une visite le

☐ Logement potentiellement insalubre

☐ Logement avec suspicion de péril

} Orientation par la Caf aux autorités compétentes

☐ Impossibilité d'effectuer la visite (déménagement, hospitalisation du locataire, annulation par le locataire...)
→ précisez le motif :

Fait à

Le

Signature et tampon du prestataire