

Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

Avec gestion des prestations

M.D.S. de :

Bénéficiaire :

Adresse :

CP : Ville :

Date de début : Date de fin :

Prestations sociales concernées (organismes débiteurs) :

Numéro allocataire (CAF, MSA) :

Numéro sécurité sociale :

Montant des prestations gérées :

Décision :

Fait le, à

Le Président du Conseil Départemental
Par délégation,