

**FICHE DE SAISINE**

**DATE TRANSMISSION SITUATION :**

**MOTIF DE TRANSMISSION :**

Hygiène/Incurie ☐

Infestation ☐

Syllogomanie ☐

**BAILLEUR**

Bailleur	Elogie-Siemp
Direction territoriale Responsable Service Social	
Conseillère Sociale N° de tél Adresse @	
Gardien N° de tél Adresse @	

**IDENTIFICATION LOCATAIRE CONCERNE**

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
Composition familiale (Nombre A + Nombre E)	
Tél	
Adresse @	

**LOGEMENT**

Adresse	
Code Postal	
Etage – Code	
Typologie	