

NOM PRENOM

ADRESSE

TELEPHONE

A

**Monsieur le Président du Conseil
Départemental
Direction de l'autonomie
Service Accueil Familial
2 rue dela Source
97488 SAINT DENIS CEDEX**

Objet : Demande de renouvellement d'agrément d'accueillant familial

Monsieur le Président,

Par la présente, conformément à l'article R441-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles, je sollicite le renouvellement de mon agrément qui arrive à échéance le

En effet, je suis agréé(e) pour l'accueil de :

..... personnes âgées,

Ou

..... Personnes handicapées

Ou

.....Personnes âgées et/ou handicapées adultes

A cet effet, je vous serais reconnaissant(e) de bien vouloir m'adresser les documents nécessaires à l'instruction de ma demande de renouvellement.

Dans cette attente, je reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération respectueuse.

Date :

SIGNATURE
