



**FORMULAIRE DE DEMANDE** **DE LOGEMENTS SAISONNIERS**

**LISTE DES PIECES A FOURNIR**

**DOCUMENT A DESTINATION DES EMPLOYEURS**

**A – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR (EMPLOYEUR)**

Raison sociale : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

Type de structure : …… Privé………………………..… Public…………………………………………..………………...…………………….….

Date de la création de la structure / / /

Secteur d’activité : …………………………………………………………………Nombre de salariés :…………………………………………

Adresse N°: ……….. Rue : …………………………………………………………………… Lieu-dit :……………………………….….……………….…

Commune d’implantation : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Code Postal : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….….….

Téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Téléphone portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

SIRET :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………..

E-mail : …………………………………………………………………………………………….………….………………..….

Période d’ouverture de la structure : ………………………………………………………………………………………………….………………

**Information sur le saisonnier :**

Nom(s) Prénom(s) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….

Nom(s) d’usage : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……….………….

Date de naissance :…………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….…….

Période de contrat de travail (joindre copie contrat) : …………………………………………………………………………………..

 *Le saisonnier accueilli devra fournir dans son dossier une attestation d’assurance responsabilité civile.*

**B - CARACTERISTIQUES DU PROJET**

# A – Nombre de lits demandés

 1

 2

 Autre : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*Le nombre de places est limité à deux personnes par employeur. Toutefois un nombre de place plus important pourra être octroyé si tous les lits ne sont pas réservés après passage en commission.*

# B – Période souhaitée

* Juillet du …………………….au ……………………2024

Et/ou

* Août du …………………….au ……………………2024

**Montant du loyer forfaitaire fixé à 350€ charges comprises par mois à régler par le saisonnier à l’association AL PRADO avant le 10 de chaque mois.**

**L’employeur se porte garant des loyers impayés et devra régler la somme des impayés.**

# C – Motivation de l’employeur

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Le dossier devra être déposé au plus tôt à l’adresse suivante :

sec.general@alprado.fr

Un mail de réponse vous (employeur) sera adressé entre le 17 et le 21 juin 2024.

**C - ENGAGEMENTS ET SIGNATURE DEMANDEUR**

|  |
| --- |
| Fait à ……………………………………….. le**Signature du demandeur/employeur** |

|  |
| --- |
| **D – LISTE DES PIECES A FOURNIR POUR CONSTITUER LE DOSSIER DE DEMANDE D’AIDE** |

|  |
| --- |
| Fiche répertoire SIRENE : ☐ |
| Attestation URSSAF datée de moins de 6 mois : ☐ |
| Extrait K-bis ☐ |
| Pièce d’identité du saisonnier (A fournir à la signature du contrat)  |
| Attestation responsabilité civile du saisonnier (A fournir à la signature du contrat)  |