RESO
ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

Nom et Prénom du résident : ……

Date	Biens personnels (préciser l'objet)	Argent remis	Montant	Signature du résident	Signature du salarié

RESO
ASSOCIATION RÉSILIENCE OCCITANIE
HANDICAP, DÉPENDANCE, SOIN

Nom et Prénom du résident : ……

Date	Biens personnels (préciser l'objet)	Argent remis	Montant	Signature du résident	Signature du salarié