[Prénom][NOM]	
[Adresse1]	
[Code Postal] [VILLE]	
Tél. : 01.23.45.67.89	
161 01.23.43.07.09	Nom du contro d'action acciale
	Nom du centre d'action sociale
	[Adresse Destinataire]
	[Code Postal][VILLE]
	Paris, le 08/12/2025
Objet : demande de dossier APA.	
,	
Madame, Monsieur,	
iviauanie, ivionsieur,	
	e faire parvenir un dossier de demande d'allocation personnalisée
d'autonomie pour mon père [indiquez nom et prén	
En effet, cette allocation est nécessaire à la prise	e en charge de mon père qui est âgé de XX ans et qui ne peut plus
demeurer seul chez lui sans assistance quotidienr	ne.
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression o	de mes salutations distinguées.
	[Prénom][NOM]
	[i renom][ivom]
	Signature