BUDGET PREVISIONNEL

RESSOURCES MENSUELLES (ex : salaire, retraite, AAH, APL...)	**Montant**	**DEPENSES MENSUELLES** (ex : loyer, mutuelle, argent de poche...)	**Montant**
TOTAL RESSOURCES		**TOTAL DEPENSES**	

Fait le ..... à .....

Signature de la personne protégée (sauf incapacité)

Signature de la personne exerçant la mesure