|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTION SOCIALE D’INITIATIVE ACADÉMIQUE  **VACANCES FAMILIALES**  (À retourner dans le mois qui suit le fait de la prestation) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM - Prénom** **:** …………………………………………… | | | | | | | | **Nom de jeune fille** **:** ………………………...……………..… | | | | | | | | | | |
| **N° Sécurité Sociale** **:** \_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ **CLE**\_\_\_ / | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **État civil :** | □ Célibataire | | | | | □ Marié(e) | □ Vie maritale | | | | □ Pacsé(e) | | | □ Divorcé(e) | | | □ Séparé(e) | □ Veuf(ve) |
| **Adresse personnelle** **:** | | | ………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° tél personnel :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | | | | | | | | | **N° tél portable :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | | | | | | | | | |
| **Adresse email :** | | …………………………………………………… | | | | | | | | | | @........................... | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Grade précis :** ………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Établissement d’exercice** **:** □ Public □ Privé | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Désignation et adresse :** | | | | ………………………………………………………………………………………………………...... ………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Profession et employeur du conjoint :** | | | | | .................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………..... | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bénéficiez-vous de l’aide au vacances CAF ?** | | | | | | | | | | | | | □ oui | | □ non | Montant par enfant : ................€ | | |
| **Bénéficiez-vous de l’aide aux vacances d’un autre organisme ?** | | | | | | | | | | | | | □ oui | | □ non | Montant par enfant : ................€ | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le demandeur certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis et s’engage à signaler tout changement qui pourrait intervenir dans sa situation familiale ou professionnelle au cours de la période de validité du présent dossier.  Toute fausse déclaration entraînera le remboursement de l’aide indument perçue.  **La loi réprime les fraudes et les fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 al. 2 du Code Pénal)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fait à**  …………………………………………………………… | | | | | | | | | | **Signature du demandeur** | | | | | | | | |
| **Le** ……………………………………………………………….. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTIE À REMPLIR PAR LE PROPRIÉTAIRE OU LE GÉRANT** | | | | | | | | | | | |
| **NOM – Prénom :** | ......................................................................................... | | | | | | □ propriétaire | | | □ gérant | |
| □ camping-caravaning | | □ location | | | □ hôtel | | | □ chambre d’hôtes | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Certifie que le bénéficiaire a effectué un séjours de vacances en famille** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Nom – Prénom des enfants** | | | **Date de naissance** | **Séjour** | | | | | **Nombre de nuits** | | **Montant payé** |
| **du** | | **au** | | |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  | |  |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **Signature du responsable** | | | | | **Cachet de l’organisme** | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **CADRE RÉSÉRVÉ À L’ADMINISTRATION** | | | | | | | | | | | |
| N° Fournisseur CHORUS | |  | | | ISB | | | Montant | | | |
| N° RIB CHORUS | |  | | |  | | |  | | | |

|  |
| --- |
| ASIA  **VACANCES FAMILIALES** |

**(à retourner dans le mois qui suit la prestation)**

**NOTE IMPORTANTE**

Pour bénéficier de cette aide, l’Impôt Soumis au Barème **(ISB)**, sans la décote, ne doit **pas dépasser 457 €**.

(l’ISB correspond à la ligne 14 de l’avis d’imposition, elle se trouve sous la ligne du revenu imposable)

**PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE**

* 1 relevé d’identité bancaire ou postale - RIB ou RIP (pour une première demande ou un changement de compte)
* 1 copie du dernier bulletin de salaire du demandeur faisant apparaître l’affectation ou à défaut, une copie du PV d’installation ou du titre de pension pour les retraités
* 1 attestation de l’employeur du conjoint faisant apparaître le non versement de toute aide comparable
* 1 copie de l’avis d’imposition complet de l’année n-2 (exemple pour l’année 2020 : avis d’imposition 2019 sur les revenus 2018) ou de chaque concubin pour les couples non mariés
* 1 copie du livret de famille complet
* Pour les couples divorcés, 1 copie du jugement de divorce mentionnant la garde des enfants
* 1 copie de la facture acquittée au nom du demandeur ou de son conjoint mentionnant les enfants