|  |
| --- |
| **ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT**(réservé aux personnel AESH recrutés par les établissements) |
| **(À retourner dans le mois qui suit la prestation)** |
|  |
|  |
| **Mois concerné : ..................................... 20........** |
|  |
|  |
| **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)  |
| **Grade :** ………………………………………………………… |  |
| **Établissement d’exercice** **:** | □ Public  | □ Privé |
| **Désignation et adresse :** | ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
| **Adresse Personnelle :** | ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………. |
| **N° tél personnel :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | **N° tél portable :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ |
| **Adresse email :** | ………………………………………… | @........................... |
|  |
| **NOM – Prénom du conjoint :** | …………………………….……………………………………………………………………… |
| **Profession et employeur du conjoint :** | …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………. |
|  |
|  |
| **IDENTIFICATION DES ENFANTS**  |
| **NOM** | **Prénom** | **Date de naissance**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| Bénéficiez-vous de l’aide aux vacances des CAF ? | * Non
 | * Oui
 | Montant par enfant : |
| Bénéficiez-vous de l’aide d’autres organismes (comité d’entreprise...) ? | * Non
 | * Oui
 | 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 L’ORGANISME ORGANISATEUR** |
|  |
| **Nom de l’organisme :** ………………………………………………………………………… | **Tél :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ |
| **Adresse de l’organisme :** …………………………………………………………………………………………………………… |
| **Nom – Prénom du directeur :** ………………………………………………………………………………………………………. |
| **Accueil de loisirs situé :** …………………………………………………………………………………………………………… |
| **N° d’enregistrement du séjour auprès de Jeunesse et Sports :** ………………………………………………………..……….. |
|  |
| **Certifie que l’/les enfant(s) ci-dessous a/ont séjourné dans mon établissement** |
|  |
| **NOM Prénom** | **Date de début du séjour** | **Date de fin de séjour** | **Nombre de jours** | **Nombre de ½ journées** | **Montant réel à charge de la famille** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| **Fait à**  ………………………………………………..………… | **Cachet et signature du responsable** |
| **Le** ……………………………………………………………… |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **CADRE RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION** |
| **N° Fournisseur CHORUS** |  |
| **N° RIB CHORUS** |  |
| **ISB** |  |
| **Nombre de jours**  | **Taux journalier** | **Total** |
|  |  |  |
| **Nombre de ½ journées** | **Taux** | **Total** |
|  |  |  |
| **Total général :** |  |
|  |

|  |
| --- |
| **ACCUEIL DE LOISIRS SANS HÉBERGEMENT**(réservé aux personnel AESH recrutés par les établissements) |

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

**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 arrêté de nomination mentionnant la durée du contrat ou 1 copie des contrats successifs couvrant 6 mois pleins
* 1 copie du dernier bulletin de salaire des deux conjoints
* 1 copie du livret de famille complet
* 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 si couple non marié
* Pour les couples divorcés, 1 copie du jugement de divorce mentionnant la garde des enfants
* 1 copie de la facture acquittée