

Cadre réservé À l’A-D-A-S

**Date de réception :**

**N° de dossier :**

**règlement :**

**Joindre impérativement :**

* **l’avis d’imposition 2024 sur les revenus 2023 (si non transmis lors d’une autre demande)**
* **le(s) certificat(s) de scolarité pour le(s) enfant(s) de plus de 17 ans au 01.01.2025**

**DEMANDE D’AIDE** *(sélectionner dans la liste)* Choisissez un élément.

**COLLECTIVITE EMPLOYEUR****-------------------------**

[ ]  **J'autorise l'utilisation des données de ce formulaire dans le cadre du traitement de ma demande**

|  |
| --- |
| **A – Le bénéficiaire** |
| Civilité | Nom usuel : | Prénom : |
| N° SS : | Date de naissance : | N’adhèrent ADAS : |
| Adresse :  | N° de téléphone : |
| Code postal :  | Commune : |
| Situation Familiale : | Régime de sécurité sociale : | Nationalité : |

|  |
| --- |
| **B – Les ayants droits***(pour le ou lesquels vous demandez l’allocation)* |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Lien de parenté** | **Classe fréquentée****à la rentrée prochaine** |
|  |  |  | ---------------- |  |
|  |  |  | ---------------- |  |
|  |  |  | ----------------- |  |
|  |  |  | ----------------- |  |

**Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique dans le but de faciliter la gestion interne de l’A-D-A-S et les déclarations légales et réglementaires obligatoires (Fisc, URSSAF, …).**

**Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant au Président de l’A-D-A-S.**

**Un imprimé insuffisamment renseigné ou un justificatif non fourni entraînera le rejet de la demande.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le bénéficiaire** | **Cachet de la collectivité** | **Correspondant** |
| Reconnait l’exactitude des informations portées ci-dessus |  | Nom : |
| Date : | Date : |
| Signature : | Signature : |