

Cadre réservé À l’A-D-A-S

**Date de réception :**

**N° de dossier :**

**règlement :**

**Pour les demandes soumises à tranche****,** **joindre impérativement**

**l’avis d’imposition 2024 sur les revenus 2023**

**(Si non transmis lors d’une autre demande)**

**DEMANDE D’AIDE** **Vacances sans enfant à charge**

**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** | **Situation professionnelle** |
|  |  |  | --------------------- | --------------------- |
|  |  |  | --------------------- | -------------------- |
|  |  |  | --------------------- | --------------------- |
|  |  |  | --------------------- | --------------------- |

**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 : |
| **ATTESTATION DE SEJOURS**  **A USAGE DE l’A-D-A-S** | | |

*Ce document doit être transmis dans le cas où la demande concerne un séjours vacances, un centre de loisirs, un séjour linguistique, une classe de découverte ou d’environnement. Pour toute autre demande d’aide, n’imprimer que la première page.*

Cette attestation doit permettre à la personne désignée de bénéficier de l’aide vacances versée par notre association dans le cas le bénéficiaire n’a pas de facture du séjour. **Elle doit être intégralement remplie par le signataire de l’attestation.**

## Je soussigné(e) atteste que

## M. ou Mme

a effectivement participé au séjour précisé ci-dessous du

au soit jours, accompagné(e) des personnes suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Identification de l’organisme |
| Centre de Loisirs |  |
| Vacances :   * Village de vacances * Colonie de vacances * Camping homologué * Gîte * Autres organismes agréés |  |
| Séjour ou stage linguistique |  |
| Séjour classe de découverte |  |

Le coût du séjour supporté effectivement par l’adhérent

€

ci-dessus indiqué s’élève à :

Les indications portées sur la présente sont certifiées exactes.

Fait à le

Cachet et Signature de l’organisme