

## DEMANDE DE TARIF REDUIT

**DEMANDE A RENOUEVER AVANT CHAQUE RENTREE SCOLAIRE SI DEMANDE EN COURS D'ANNEE SCOLAIRE A ADRESSER A MINIMA 10 JOURS AVANT FIN DE PERIODE**

Cantine Scolaire     Accueil de loisirs - Mini-camps     Classes de Neige     Cours d'été

### DEMANDEUR

### CONJOINT

NOM – PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

TELEPHONE \_\_\_\_\_

PROFESSION \_\_\_\_\_

SITUATION FAMILIALE     Célibataire     Marié     Divorcé     Vie Maritale     Veuve(f)

Noms prénoms des enfants à charge \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom – Prénom de l'enfant pour lequel vous demandez un tarif réduit	Date de naissance	Ecole fréquentée

S'IL S'AGIT D'UN SEJOUR PRECISEZ LES DATES, LE LIEU, LE COUT \_\_\_\_\_

### **PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR**

A renvoyer par mail à [ccas@saintjeandeluz.fr](mailto:ccas@saintjeandeluz.fr)

- Attestation de paiement CAF (**avec quotient familial**) du foyer auquel l'enfant est rattaché
- Pour les personnes non allocataires de la CAF fournir le **dernier avis d'imposition ou de non-imposition**

### **NE PAS COMPLETER RESERVE AU CCAS**

QF CAF : _____	AIDE ACCORDEE :
AVIS D'IMPOSITION Revenu imposable : _____ Nombre de parts : _____ QF : _____	AIDE ACCORDEE :