

SAINTE JEAN DE LUZ

Donibane Lohizune ●●●

Centre Communal d'Action Sociale

1 Rue Augustin Chaho – 05 59 51 61 40

DEMANDE DE TARIF REDUIT

DEMANDE A RENOUVELER 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
 Club Ados

(classe de neige **avant le séjour**)

DEMANDEUR

CONJOINT

NOM – PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

TELEPHONE _____ MAIL _____

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

- 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 déclaré : _____ Nombre de parts : _____ QF : _____	AIDE ACCORDEE :