

DEMANDE DE TARIF REDUIT
POUR LE CLUB ADOS DE LA VILLE DE SAINT JEAN DE LUZ
AIDE DU CCAS DE SAINT JEAN DE LUZ
A RENOUVELER A CHAQUE RENTREE SCOLAIRE

DEMANDEUR

NOM – PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE _____

ADRESSE _____

TELEPHONE _____ MAIL _____

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

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

A renvoyer par mail à ccas@saintjeandeluz.fr

- Attestation de paiement CAF (**avec quotient familial**) du parent luzien où apparait l'enfant
- 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 :