



AIDE Colonie 4/5 ans
Remboursement complet de la
1ere colo

OUVRANT-DROIT

Nom et prénom : _____

SLV N°: _____  _____

Adresse: _____

Nia: _____

E-Mail: _____

ENFANT

Nom et Prénom: _____

Date de naissance: _____ Age: _____

Date du séjour: _____ du _____ au _____

Lieu du séjour: _____

JOINDRE OBLIGATOIREMENT POUR REMBOURSEMENT:

<input type="checkbox"/>	<u>Avis d'affectation acquittée</u>
<input type="checkbox"/>	<u>Dernier avis d'imposition</u>
<input type="checkbox"/>	<u>RIB</u>

Attention, le calcul de votre coefficient pour les aides est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.

Participation de la CMCAS des Yvelines
Montant du séjour: _____

La Présidente de la CMCAS	_____
----------------------------------	-------

Date de la demande :

Signature: