



**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:**

**Cette aide est possible uniquement dans les 6 mois suivant la date de la colo.**

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

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

<b>Participation de la CMCAS des Yvelines</b>
Montant du séjour: _____

<b>La Présidente de la CMCAS</b>	_____
----------------------------------	-------

**Date de la demande :**

**Signature:**