

Date de dépôt : (au plus tard le 31/12/2024)

Date d'accord :

ENFANT BENEFICIAIRE

Nom..... Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Représentant légal - Nom Prénom :

Adresse :

31620 CASTELNAU D'ESTRETEFONDS

Téléphone :/...../...../...../.....

ASSOCIATION

Nom :

Représentée par :

Pour l'enfant :

Montant annuel de l'Adhésion/cotisation/licence 2024-2025

A Castelnaud d'Estrétefonds

Signature et Cachet

le/...../.....

COMMUNE/CCAS - ATTESTATION CAF A JOINDRE IMPERATIVEMENT

N° Allocataire :

Quotient Familial :

Taux de participation :%

Montant accordé :€



-COUPON A DÉTACHER-

PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION

Suite à la demande du PASS ASSOCIATIF de l'enfant :

Suite à l'examen du dossier, le taux de participation est fixé à : %
du montant total de l'Adhésion/Cotisation/Licence pour l'année 2024/2025 :€
pour l'association

Le montant PASS ASSOCIATIF accordé est de :€
Aide plafonnée à 60,00€ et directement versée par la Commune à l'Association.

Castelnaud d'Estrétefonds, le

Le CCAS,

PROCÉDURE « PASS ASSOCIATIF »

1) LA FAMILLE SE PROCURE LE FORMULAIRE DE DEMANDE

- Auprès des Associations directement
- Auprès de l'accueil de la Mairie
- Auprès de l'accueil du CCAS
- Sur le site internet de la Mairie

2) LA FAMILLE COMPLÈTE LE CADRE CONCERNANT L'ENFANT

3) LA FAMILLE FAIT COMPLÉTER LA 2^{ème} PARTIE A L'ASSOCIATION

4) LA FAMILLE DÉPOSE LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ AU

**CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
29 GRANDE RUE (1^{er} étage)
31620 CASTELNAU D'ESTRÉFONDS
05 34 27 66 40**

Horaires d'ouverture :
du lundi au jeudi 9h à 12h et 14h à 17h
le vendredi 9h à 12h et 14h à 16h

AVEC LES PIÈCES SUIVANTES :

- ✓ L'attestation du **Quotient Familial** du mois en cours
- ✓ La photocopie de la notification MDPH de l'enfant si handicap

**Le CCAS calcule le montant de la participation
et remet le coupon détachable à la famille**

**CE COUPON EST A REMETTRE A L'ASSOCIATION
L'aide financière sera versée directement à l'association**