

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**

à votre **CMCAS** ou **SLVie**.

**ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

Aide au soutien scolaire

Soumise à conditions de ressources

**Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide au soutien scolaire.**

**Pour des cours à domicile**  **pour des cours en ligne**

### 1 Demandeur

Madame  Monsieur  Nom de naissance : .....

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : .....

### 2 Ayant-droit (enfant âgé de 6 à 20 ans)

Nom (de naissance) : .....

Prénom : .....

Date de naissance

### 3 Votre demande d'aide \*

Type de soutien scolaire souhaité :

**à domicile** (ouvrant droit à une subvention **plafonnée** à hauteur de **20 heures** par **enfant** et par **année scolaire**)

Niveau :  Primaire  Collège  Lycée

<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> 6ème	<input type="checkbox"/> Seconde
<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> 5ème	<input type="checkbox"/> Première
<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> 4ème	<input type="checkbox"/> Terminale
<input type="checkbox"/> CM1	<input type="checkbox"/> 3ème	
<input type="checkbox"/> CM2		

**en ligne** (ouvrant droit à une subvention **plafonnée** à un abonnement par **enfant** et par **année scolaire**)

\*Possibilité de cumuler les 2 prestations

#### **4 Choix du prestataire**

Domicours\*

OU autre prestataire agréé par l'Etat

\* pour connaître la différence entre les différents dispositifs, contactez votre CMCAS.

(avantage fiscal de 50% de crédit d'impôt sur votre reste à charge [sauf cours en ligne])

#### **5 Documents à fournir**

- Dernier avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Factures du prestataire (sauf Domicours) agréée par l'Etat
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

#### **6 Cadre réservé à la CMCAS**

Coefficient social .....

% de participation (de 10% à 90%) .....

Pour l'année scolaire du 01/09/2019 au 31/08/2020

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.