



19 place des Tulipiers - 71000 MACON
Tél : 03.85.39.28.45 - Fax : 03.85.38.14.04

3

**DEMANDE D'AIDE
FINANCIERE VACANCES
FAMILLE ou SERVICE SOCIAL**

➤ Document à compléter par la famille et/ou avec l'aide d'une assistante sociale.

➤ SEJOUR(S) VACANCE(S) CHOISI(S)

Nom du Centre et/ou Lieu	Les dates		Coût du séjour
1/	Du	Au	
2/	Du	Au	
3/	Du	Au	
4/	Du	Au	

➤ ENFANT(S) CONCERNES(S) PAR LA DEMANDE :

NOM, Prénom	Né le	Adresse habituelle
1/		
2/		
3/		
4/		

➤ NOM, prénom, profession et adresse du ou des détenteur(s) de l'autorité parentale :

NOM, Prénom : _____ NOM, Prénom : _____

Profession : _____ Profession : _____

Adresse et Tél : _____ Adresse et Tél. : _____

➤ AUTRE(S) PERSONNE(S) VIVANT AU FOYER :

(père, beau-père, concubin ou autre parent) NOM, Prénom : _____

Profession : _____

(mère, belle-mère, concubine ou autre parent) NOM, Prénom : _____

Profession : _____

N° de téléphone (domicile, professionnel ou portable) : _____

➤ AUTRE(S) PERSONNES(S) A CHARGE :

NOM, Prénom : _____

Profession : _____

Lien de parenté : _____

➤ **FRÈRES et SŒURS :**

NOM	Prénom	Age	Situation scolaire ou professionnelle

➤ **RESSOURCES MENSUELLES TOTALES DU FOYER :**

- | | | |
|--|-------|---------|
| 1. Salaire ou pension du demandeur | : | _____ € |
| 2. Salaire ou pension du conjoint ou du concubin | : | _____ € |
| 3. Indemnités de chômage du demandeur | : | _____ € |
| 4. Indemnités de chômage du conjoint ou du concubin | : | _____ € |
| 5. Pension d'invalidité ou allocation adulte handicapé | : | _____ € |
| 6. Revenu minimum d'insertion (RMI) | : | _____ € |
| 7. Prestations familiales | | |
| - allocation familiales | : | _____ € |
| - allocation au titre du logement | : | _____ € |
| - allocation parent isolé | : | _____ € |
| 8. Pension alimentaire | : | _____ € |
| 9. Autres revenus | : | _____ € |
| | | _____ |
| | TOTAL | _____ € |

➤ **CHARGES MENSUELLES DU FOYER :**

- | | | |
|--|-------|---------|
| 1. Loyer + charges liées au logement (EDF, eau, ...) | : | _____ € |
| 2. Remboursement d'emprunt | : | _____ € |
| 3. Crédit à la consommation | : | _____ € |
| 4. Mensualité du plan de surendettement | : | _____ € |
| 5. Autres | : | _____ € |
| | | _____ |
| | TOTAL | _____ € |

➤ **AIDE(S) SOLLICITEE(S) OU RECUE(S) pour ce ou ces séjours :**

- | | | |
|-----------------------------------|---|---------|
| 1. Municipalité ou CCAS | : | _____ € |
| 2. Aide sociale à l'enfance | : | _____ € |
| 3. Comité d'entreprise | : | _____ € |

4. C.A.F de Saône et Loire	:	_____ €
5. M.S.A de Saône et Loire	:	_____ €
6. Autres (à préciser)	:	_____ €

	TOTAL	_____ €

➤ **JOINDRE AU DOSSIER :**

- ✓ Copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu et copie du dernier relevé de situation établi par la Caisse d'Allocations Familiales mentionnant le quotient familial (délivré généralement en juillet).
- ✓ En cas de changement de situation (baisse des revenus ou problèmes familiaux) : joindre copie de toute pièce justifiant de votre nouvelle situation (salaire, ASSEDIC ou lettre de votre part)
- ✓ Autres éléments que vous souhaiteriez communiquer à la Commission

Fait à _____ le _____
(signature)

Nom et qualité de la personne qui a établi la demande : _____

Nom de l'assistante sociale de votre secteur : _____

Service et coordonnées : _____