

**Document à remettre sur place ou par mail à votre CMCAS ou SLVie**

**ASS  
Aide à la Famille**

- Soutien Scolaire : à domicile**  
 **Soutien Scolaire : en ligne**

**1 Demandeur**

Madame       Monsieur       Nom (de naissance) : .....

Nom d'époux ou d'épouse : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Prénom : .....

NIA :

Date de naissance :

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

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

Adresse : .....

Code postal :           Commune : .....

**2 Situation familiale**

- célibataire       veuf.ve       séparé.e       divorcé.e  
 marié.e       pacsé.e       concubinage

**3 Ayant-droit** (enfant âgé de 6 à 20 ans)

Nom (de naissance) : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

**4 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**)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>Niveau :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Primaire</p> <p><input type="checkbox"/> CP</p> <p><input type="checkbox"/> CE1</p> <p><input type="checkbox"/> CE2</p> <p><input type="checkbox"/> CM1</p> <p><input type="checkbox"/> CM2</p> | <p><input type="checkbox"/> Collège</p> <p><input type="checkbox"/> 6ème</p> <p><input type="checkbox"/> 5ème</p> <p><input type="checkbox"/> 4ème</p> <p><input type="checkbox"/> 3ème</p> | <p><input type="checkbox"/> Lycée</p> <p><input type="checkbox"/> Seconde</p> <p><input type="checkbox"/> Première</p> <p><input type="checkbox"/> Terminale</p> |
|--|---|--|

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

\*Possibilité de cumuler les deux prestations

## 5 Choix du prestataire

**DOMICOURS**

ou **AUTRE PRESTATAIRE AGRÉÉ PAR L'ÉTAT**

Pour en savoir plus, contactez votre CMCAS

## 6 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition
- Certificat de scolarité (pour les enfants de plus de 16 ans)
- Factures du prestataire agréé par l'État

## 7 Cadre réservé à la CMCAS de :

à renseigner par un professionnel de la Filière Action Sociale

**Coefficient Social :**

**% de participation FASS (de 10% à 90%) :**  %

**Pour l'année scolaire 2019/2020 : du 1er septembre 2019 au 31 août 2020**

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

Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature du demandeur :

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.