

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 agréée 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
- Certificat de scolarité pour les enfants de + de 16 ans
- Factures du prestataire (sauf Domicours) agréée par l'Etat
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

Le dispositif que j'ai choisi (Domicours ou autre prestataire) ne pourra pas être modifié en cours d'année scolaire.
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.