

Document à remettre **sur place** ou par **Mail**  
à votre **CMCAS** ou **SLVie**.

**ACTION SANITAIRE et SOCIALE**  
Aide à la **Famille**

- Soutien Scolaire – Cours à domicile**  
 **Soutien Scolaire – Cours en ligne**

**1 Demandeur**

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

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

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 de famille**

- célibataire     veuf (ve)     séparé(e)     divorcé(e)  
 marié(e)     pacsé(e)     concubinage

**3 Ayant-droit** (Enfant agé 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**)

Niveau :  Primaire

- CP  
 CE1  
 CE2  
 CM1  
 CM2

Collège

- 6ème  
 5ème  
 4ème  
 3ème

Lycée

- Seconde  
 Première  
 Terminale

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

\*Possibilité de cumuler les 2 prestations.

---

## Document à fournir

- ➡ **Dernier avis d'imposition**
  - ➡ **Certificat de Scolarité** (pour les enfants de + de 16 ans)
- 

### 6 Cadre réservé à la CMCAS de :

(A renseigner par un professionnel de la Filière ASS)

Coefficient Social \* :

% de Participation FASS (de 10% à 90%) :

%

Pour l'année scolaire : 1<sup>er</sup> Septembre 20 / 31 Août 20

\*Se reporter à la note DSASS-OGN-18016 et/ou à la Calculette DSASS-DAR-18197-Famille-Calculette Soutien Scolaire

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.