



**IMPRIME de DEMANDE D'AIDE  
Cotisation de Vie Etudiante et de Campus**

**1/ DEMANDEUR**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N.I.A. : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Vous êtes CELIBATAIRE     Vous êtes MARIE (E)     Vous êtes DIVORCE (E)

Vous êtes SEPRE (E)     Vous êtes VEUF (VE)     Vous êtes partenaire d'un PACS

**2) AYANT DROIT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit).....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

l'allocation de **90 euros par an** pour participation aux frais de la **Cotisation de Vie Étudiante**

## 2/ DOCUMENTS A FOURNIR

- Iban Bic de l'ouvrant-droit ou de l'ayant droit enfant (sous réserve d'une co-attestation signée par le parent OD et l'enfant AD précisant que la prestation sera versée sur le compte du jeune majeur étudiant).
- Attestation de contribution de la Cotisation de Vie Etudiante et de Campus.
- Justificatif du paiement indiquant le montant de la cotisation payée.

**Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant droit**

OUI       NON

**Si OUI, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers et je joins un IBAN BIC (RIP, RIP, RICE).**

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

**Fait à :** ..... **le :** ...../...../.....

**Signature du demandeur :**

## 3/ CADRE RESERVE A LA CMCAS

**Allocation annuelle, participation du fonds d'action sanitaire et sociale**

**Cotisation Vie Étudiante et Campus :** .....

**A COMPTER DU :** .....

**JUSQU'AU :** .....

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.