

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier du remboursement de la
Contribution de vie étudiante et de campus : **montant 95€**

Date limite de dépôt de votre demande : 30/09/2023

1 Demandeur ouvrant-droit

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 Enfant ayant-droit

Conjoint(e) ayant-droit

Nom (de naissance) : Prénom :

Date de naissance

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

Code postal : Commune : Tél :

Courriel :@.....

3 Documents à fournir

- **Relevé d'identité bancaire (obligatoire pour éviter tout rejet bancaire)**
- Attestation de contribution à la vie étudiante et de campus
- Justificatif de **paiement** indiquant le montant de la cotisation payée (justificatif disponible sur le site où vous avez effectué le paiement en ligne)
- Notification de refus de bourses d'études ou copie écran du **simulateur en ligne du CROUS** sur le site internet suivant : <https://simulateur.lescrous.fr/> (**obligatoire car cette aide est ouverte aux non-boursiers**)
- Certificat de scolarité pour les plus de 20 ans
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

Tout dossier incomplet vous sera retourné

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 (page suivante) **et je joins un RIB**

Pour plus d'informations sur cette prestation, cliquez [ICI](#)

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

Fait à : Le/...../ 20.....

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.

DSASS-DENF-18218-V5.5-Imprimé contribution de vie sociale et de campus

FORMULAIRE A RETOURNER A :

CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX

☎ 09 69 36 89 72

mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org

IMPRIMÉ D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

CONTRIBUTION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS 2022/2023

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms (*soulignez le prénom courant*) :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

NIA :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le COMPTE BANCAIRE OU POSTAL* DE L'AYANT DROIT :

Nom :

Prénoms (*soulignez le prénom courant*) :

Date de naissance :

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.

Date de la demande :/...../20

Signature de l'ouvrant droit :

Signature de l'ayant droit :

* joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit

FORMULAIRE A RETOURNER A :

CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX
☎ 09 69 36 89 72 mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org