



**ACTION SANITAIRE ET SOCIALE :**  
**Contribution de Vie Etudiante et  
de Campus année 2024/2025  
du 01/10/2024 au 30/09/2025**  
Soumise à condition de ressources

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

**Date limite de dépôt de votre demande : 30/09/2025**

**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 : .....

**Votre conjoint(e) ayant-droit :**

Nom : .....

Prénom : .....

Votre conjoint(e) exerce dans une IEG : Oui  Non

Si oui, préciser le NIA :

---

**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

- Dernier avis d'imposition : **avis 2024 sur les revenus 2023** (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Si concerné : le dernier avis d'impôts de l'ayant-droit concerné par la demande
- **Relevé d'identité bancaire (obligatoire pour éviter tout rejet bancaire)**
- **Facture** indiquant le **montant de la cotisation payée** ( justificatif disponible sur le site où vous avez effectué le paiement en ligne). **L'attestation avec le QR CODE n'est pas considérée comme une facture**
- **Certificat de scolarité 2024/2025 (impératif)** avec **contrat apprentissage ou alternance ...** (si concerné)
- **Copie écran** du résultat du **simulateur de bourse obligatoire** : voir lien internet ci-dessous
- Si concerné : attestation établissement scolaire attestant que cette structure est non-éligible aux bourses
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

### 4 Le demandeur de l'aide est-il boursier ?

OUI  NON

→ Vous ne savez pas et/ou n'avez pas fait de demande ? Faites votre **simulation de demande de bourse** sur le site suivant : <https://www.lescrous.fr/nos-services/simulateur-de-bourse/>

La copie de la simulation d'attribution ou de refus de bourse est nécessaire et **obligatoire pour prétendre à la CVEC** du fait que cette **aide nationale est ouverte exclusivement aux non-boursiers**

**Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.**

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-V6.0-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 ou par mail : [ccas-bzh.ass@asmeq.org](mailto:ccas-bzh.ass@asmeq.org)**  
**☎ 09 69 36 89 72**

## AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

### CONTRIBUTION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS 2024/2025

**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**