

MAIRIE de TREMERY



5, place de la Mairie
57300 TREMERY

☎ 03 87 73 82 01
Fax 03 87 73 78 80

CENTRES AERES VACANCES SCOLAIRES

ANNEE

Hiver

Pâques

Eté

Toussaint

Dossier participation commune de TREMERY

Toutes les pages et rubriques doivent obligatoirement être complétées.

POUR BENEFICIER DE LA PARTICIPATION DE LA COMMUNE DE TREMERY

Un dossier par famille est remis en mairie de TREMERY pour chaque centre aéré.
L'ensemble des pages et rubriques du dossier doivent être renseignées.
Le cas échéant, indiquer la mention néant.

Conditions d'attribution :

Etre domicilié à TREMERY

Dès l'âge d'acceptation de l'enfant dans un centre aéré pendant les périodes de vacances scolaires.

L'organisme doit être déclaré à la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports.

Etendue

Tous les centres aérés du secteur de TREMERY
(se renseigner en mairie pour les autres cas).

Montant de la participation

6 € par enfant et par jour de fréquentation d'un centre aéré dans la limite de 35 jours par an soit un montant total maximum annuel de 210 € par enfant.
La somme allouée est bien entendu versée dans la limite du coût restant à la charge des familles après déduction de l'ensemble des autres aides dont elles bénéficient.

Mode de règlement

Le dossier parfaitement renseigné par les parents, l'employeur(les employeurs), le CE ou tout autre prestataire tel que CE, CNAS, CMCAS, CCAS, versant des aides, doit être remis en mairie.

L'organisateur complètera la première partie de la page 7.

Il communiquera toute information nécessaire au juste calcul des participations accordées par la commune.

La participation sera calculée en fonction du nombre de jours de fréquentation par enfant, dans le respect des limites fixées et sans que celle-ci ne puisse excéder le montant dû par les familles.

La commune versera cette participation directement aux familles, une fois par an en fin d'année ou dès lors que le montant maximal est atteint, par mandat administratif.

Pour ce faire, les parents devront, outre le présent formulaire, communiquer :
*copie de la (des) facture(s) acquittée(s) de l'organisateur du centre précisant le nombre de jours de fréquentation par enfant

*l'attestation relative aux bons CAF dont bénéficie la famille

*un RIB complet (avec IBAN) du compte à créditer

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE

A COMPLETER PAR LES PARENTS

PARENT A : PÈRE - PARENT INVESTI DU DROIT DE GARDE - REPRESENTANT LEGAL (1)

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

Situation familiale (marié, divorcé, célibataire, pacsé,....) : _____

Situation professionnelle : _____
(salarié secteur privé - fonctionnaire - chef d'entreprise - sans activité - en recherche d'emploi,...)

FAIT A TREMERY, LE _____

Signature :

PARENT B : MERE- PARENT INVESTI DU DROIT DE GARDE - REPRESENTANT LEGAL (1)

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

TELEPHONE : _____

Situation familiale (marié, divorcé, célibataire, pacsé,....) : _____

Situation professionnelle : _____
(salarié secteur privé - fonctionnaire - chef d'entreprise - sans activité - en recherche d'emploi,...)

FAIT A TREMERY, LE _____

Signature :

(1) Rayer la mention inutile

ENFANTS BENEFICIAIRES :

Enfant 1 NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Nombre de jours total par an = 35

* Nombre de jours déjà comptabilisés antérieurement : _____

* Nombre de jours restant : _____

Période d'inscription au centre aéré :
du : _____ au : _____
ou dates : _____

Enfant 2 NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Nombre de jours total par an = 35

* Nombre de jours déjà comptabilisés antérieurement : _____

* Nombre de jours restant : _____

Période d'inscription au centre aéré :
du : _____ au : _____
ou dates : _____

Enfant 3 NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Nombre de jours total par an = 35

* Nombre de jours déjà comptabilisés antérieurement : _____

* Nombre de jours restant : _____

Période d'inscription au centre aéré :
du : _____ au : _____
ou dates : _____

Enfant 4 NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Nombre de jours total par an = 35

* Nombre de jours déjà comptabilisés antérieurement : _____

* Nombre de jours restant : _____

Période d'inscription au centre aéré :
du : _____ au : _____
ou dates : _____

A compléter par les parents

* **A compléter par la mairie**

A FAIRE COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR PARENT A

DESIGNATION : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

TELEPHONE CONTACT POUR CE DOSSIER : _____

Versez-vous une aide pour ce centre aéré : OUI - NON (*razer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser le montant par enfant :

Enfant 1 : _____ Enfant 2 : _____

Enfant 3 : _____ Enfant 4 : _____

Vos salariés peuvent-ils bénéficier de prestations servies par votre CE ou un autre organisme tel que CNAS, CMCAS, CCAS.....

OUI - NON (*razer la mention inutile*)

Dans l'affirmative, la partie suivante devra être renseignée.

FAIT A _____, LE _____

Cachet de l'entreprise et signature :

PARTIE A COMPLETER PAR LE CE, CNAS, CMCAS, CCAS,....

DESIGNATION : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

TELEPHONE CONTACT POUR CE DOSSIER : _____

Versez-vous une aide pour ce centre aéré : OUI - NON (*razer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser le montant par enfant :

Enfant 1 : _____ Enfant 2 : _____

Enfant 3 : _____ Enfant 4 : _____

FAIT A _____, LE _____

Cachet et signature :

A FAIRE COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR PARENT B

DESIGNATION : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

TELEPHONE CONTACT POUR CE DOSSIER : _____

Versez-vous une aide pour ce centre aéré : OUI - NON (*razer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser le montant par enfant :

Enfant 1 : _____ Enfant 2 : _____

Enfant 3 : _____ Enfant 4 : _____

Vos salariés peuvent-ils bénéficier de prestations servies par votre CE ou un autre organisme tel que CNAS, CMCAS, CCAS.....

OUI - NON (*razer la mention inutile*)

Dans l'affirmative, la partie suivante devra être renseignée.

FAIT A _____, LE _____

Cachet de l'entreprise et signature :

PARTIE A COMPLETER PAR LE CE, CNAS, CMCAS, CCAS,....

DESIGNATION : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

TELEPHONE CONTACT POUR CE DOSSIER : _____

Versez-vous une aide pour ce centre aéré : OUI - NON (*razer la mention inutile*)

Si oui, merci de préciser le montant par enfant :

Enfant 1 : _____ Enfant 2 : _____

Enfant 3 : _____ Enfant 4 : _____

FAIT A _____, LE _____

Cachet et signature :

A COMPLETER PAR L'ORGANISATEUR DU CENTRE AERE

ORGANISME : _____

ADRESSE COMPLETE : _____

TELEPHONE: _____

NOM / PRENOM DU RESPONSABLE : _____

LIEU DU SEJOUR : _____

TRANCHE D'IMPOT DE LA FAMILLE : _____

FAIT A _____ LE _____

Cachet de l'organisme et signature :

A COMPLETER PAR LA MAIRIE

	Période du au	Ne jours	Tarif par jour	Réduction ____%	Tarif après réduction	Total
ENFANT 1						
ENFANT 2						
ENFANT 3						
ENFANT 4						
TOTAL GENERAL A						
PARTICIPATIONS A DEDUIRE autres que commune de TREMERY		Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Total
Employeur	Père					
	Mère					
CE, CNAS, CMCAS...	Père					
	Mère					
Bons CAF _____ € x _____ jours						
Autres prestataires						
TOTAL GENERAL B						
Montant dû par la famille A - B						
	Montant dû par la famille par enfant	Participation commune			Coût résiduel famille	
		Nr jours	x 6 €	Montant participation		
ENFANT 1						
Coût centre aéré - participations à déduire				(ne peut excéder le montant dû)		
ENFANT 2						
Coût centre aéré - participations à déduire				(ne peut excéder le montant dû)		
ENFANT 3						
Coût centre aéré - participations à déduire				(ne peut excéder le montant dû)		
ENFANT 4						
Coût centre aéré - participations à déduire				(ne peut excéder le montant dû)		
TOTAUX						