

DEMANDE AIDE AUX LOISIRS AUX FAMILLES

Centre de Loisirs Sans Hébergement

(Signataire d'une convention avec la M.S.A)

(1 imprimé par enfant)

Assuré(e) :

Nom Prénom

N° Immatriculation

Enfant :

Nom Prénom

Date de Naissance

Montant de votre quotient familial ASS du mois du début de la période :€
(Joindre l'attestation de QF. Elle sera à transmettre une seule fois par an)

A compléter par la Structure

Nom du « Centre de Loisirs Sans Hébergement »

Nombre de jours :

Période du au
du au
du au

Montant total payé par la famille : €

Date

Tampon et Signature du CLSH

A retourner au Service d'Action Sociale de la M.S.A. à la fin du séjour, accompagné de l'attestation de Quotient Familial ASS du mois du début de la période.