



**ACTION SOCIALE**

Aide au soutien scolaire

Soumise à conditions de ressources

Pour l'année scolaire du 01/09/2019 au 31/08/2020

**Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide au soutien scolaire**

**pour des cours individuels**  **pour des cours en ligne**  **pour des cours collectifs**

**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 Bénéficiaire ayant-droit**

**Enfant**  **Conjoint(e)**

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....

Date de naissance

### **3 Votre demande d'aide \***

Type de soutien scolaire souhaité :

à domicile (ouvrant droit à une subvention **plafonnée** à hauteur de **20 heures** par **enfant** et par **année scolaire**)

Niveau :  Primaire  Collège  Lycée

CP  6ème  Seconde  
 CE1  5ème  Première  
 CE2  4ème  Terminale  
 CM1  3ème  
 CM2

en ligne (ouvrant droit à une subvention **plafonnée** à un abonnement par **enfant** et par **année scolaire**)

\*Possibilité de cumuler les 2 prestations

### **4 Choix du prestataire**

- Organisme de votre choix
- Domicours\*\* (enfants de 6 à 20 ans)

\*\* pour connaître la différence entre les différents dispositifs, contactez votre CMCAS.

(avantage fiscal de 50% de crédit d'impôt sur votre reste à charge [sauf cours en ligne])

### **5 Documents à fournir**

- avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Certificat de scolarité pour les bénéficiaires de + de 16 ans
- Factures du prestataire (sauf Domicours) agréée par l'Etat
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

Le dispositif que j'ai choisi (Domicours ou autre prestataire) ne pourra pas être modifié en cours d'année scolaire. J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

#### **DOSSIER A RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :**

CCAS Territoire Centre - Pôle ASS  
3 Allée Ferdinand de Lesseps  
CS 10444  
37204 TOURS Cedex 3

Ou par mail :

CCAS-Centre.ActionSanitaireetSociale@asmeg.org

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.