

Document à renvoyer à votre CMCAS via
l'adresse mail suivante :

CMCAS-260.ASS@asmeg.org

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Contribution de Vie Étudiante et de Campus

NON soumise à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier du remboursement de la contribution de vie étudiante et de campus (92€ pour l'année scolaire 2020-2021)

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 :

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 :

3 Documents à fournir

- Relevé d'identité bancaire
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Attestation de Contribution de vie étudiante et de campus
- Justificatif de paiement indiquant le montant de la cotisation payée
- Notification d'attribution de bourse
- Certificat de scolarité pour les + de 21 ans

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant-droit enfant

OUI NON

Si oui, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers (ci-dessous) et je joins un RIB

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

Fait à :..... Le/...../.....

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.

Document à renvoyer à votre CMCAS via
l'adresse mail suivante :

CMCAS-260.ASS@asmeg.org

IMPRIME D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

DOMAINE FAMILLE- CONTRIBUTION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms (*soulignez le prénom courant*) :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

N I A :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de la Contribution de Vie Etudiante et de Campus 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 :

Signature de l'ouvrant droit

Signature de l'ayant droit

Joindre un RIB de l'ayant droit