|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande vacances solidaires collectives 2024***Pour connaitre les conditions, se référer à l’appel à projets.* |
| **Un dossier de demande par gestionnaire (Faire détail par équipement)****Rappel : *5 sorties maximum ou 4 sorties et 1 séjour* par équipement** |
| **Dossier à compléter, signer et à envoyer à la Caf de l’Isère :****caf38-bp-afc@caf38.caf.fr** |

**Coordonnés du gestionnaire**

***(Merci de noter le nom – prénom du maire, président de l’Epci ou de l’association)***

 Commune  CCAS  Intercommunalité  Association  Autre (préciser) ….................................

Nom du gestionnaire :

Nom – Prénom :

Fonction :

Adresse :

Nombre d’équipement(s) différent(s) pour cette demande :

**Personne référente de la demande globale**

Nom – Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

**Signature**

Je soussigné(e), (nom et prénom) : ……………………………………………représentant(e) légal(e) :

* déclare que, s’il s’agit d’une association, elle souscrit au contrat d’engagement républicain annexé au décret pris pour l’application de l’article 10-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
* certifie qu’elle est régulièrement déclarée et en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants
* certifie exactes et sincères les informations du présent dossier,
* atteste agir dans le respect de la Charte laïcité de la Branche famille et de ses partenaires.

Fait, le ………………………… à ……………………………… **Signature**

**Pièces à joindre selon situation (obligatoire)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ne perçoit pas de Prestation de service** | **Perçoit une Prestation de service** |
| Existence légale | Le récépissé de déclaration en Préfecture ou l’arrêté préfectoral portant création de l’Epci (détaillant le champ de compétence) | Attestation de non-changement de situation  (*disponible en fin de dossier*) |
| Le numéro SIREN/SIRET |
| Vocation | Les Statuts (daté et signé) de l’association ou l’EPCI |
| Dest. paiement   | Un Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN, etc. |
| Capacité contractant   | La liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau   |
| Pérennité | Le bilan comptable relatif à l’année relatifs à l’année précédant la demande (si l’association existait en N-1). |

*Les aides sont attribuées dans la limite des fonds disponibles. Aussi, il est demandé aux porteurs de veiller à faire une demande la plus fidèle possible du réalisé (nombre de sorties et prévisionnel séjour), afin de pouvoir soutenir l’ensemble des structures.*

**A dupliquer pour chaque équipement**

|  |
| --- |
| ***Equipement 1*** |
| **Coordonnés de l’équipement porteur :**   |
| **Nombre de sorties prévues**: …………… | Montant sollicité pour les sorties : ........ € |
| **Organisation d’un séjour :** ☐Oui ☐ Non  | Montant sollicité pour le séjour : ........ € |
| **Evaluation** |
| Objectifs généraux poursuivis | ………………………………. |
| Critères généraux d’évaluation prévues | ……………………………… |
| **Sorties 2024** |
| **Prévisionnel Sorties** *(vérifier les conditions d’attribution d’un financement (périmètre, co-financement…))* |
|  | Mois de réalisation prévu | Montant sollicité (430€ max/sortie, sans dépasser 80% du coût total de la sortie). |
| Sortie 1 | …….. | ……..€ |
| Sortie 2 | …….. | ……..€ |
| Sortie 3 | …….. | ……..€ |
| Sortie 4 | …….. | ……..€ |
| Sortie 5 | …….. | ……..€ |
| **Budget prévisionnel de l’ensemble des sorties** |
| *Les frais de structure et de personnel permanent sont impérativement à exclure* |
| **Dépenses prévues** | **Recettes prévues** |
| **Nature** | **Montant** | **Nature** | **Montant** |
| **Prestations** *(Guide...)* |  | **Participation familles** |  |
| **Matériel** *(Spécifiques)* |  | **Subventions** |  |
| **Transport** |  | **Communes/EPCI** |  |
| **Repas** *(préciser)* |  | **Caf** (VSC) |  |
| **Entrées payantes** |  | **Autres** *(préciser)* |  |
| **Autres** *(préciser)* |  | **Recettes diverses** *(préciser)* |  |
|  |  | **Fonds propres** |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
|  |  |  |  |
| **Séjour 2024** |
| **Prévisionnel Séjour** (*vérifier les conditions d’attribution d’un financement (périmètre, co-financement…))* |
|  | Mois de réalisation prévu | Montant sollicité *(Se référer aux projections - 20€/jour/personne, sans dépasser 80% du coût total)* |
| Séjour |  |  |
| **Budget prévisionnel du séjour** |
| *Les frais de structure et de personnel permanent sont impérativement à exclure* |
| **Dépenses prévues** | **Recettes prévues** |
| **Nature** | **Montant** | **Nature** | **Montant** |
| **Prestations** *(Guide...)* |  | **Participation familles** |  |
| **Matériel** *(Spécifiques)* |  | **Subventions** |  |
| **Transport** |  | **Communes/EPCI** |  |
| **Repas** *(préciser)* |  | **Caf** (VSC) |  |
| **Entrées payantes** |  | **Autres** *(préciser)* |  |
| **Autres** *(préciser)* |  | **Recettes diverses**  |  |
|  |  | **Fonds propres** |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

**ATTESTATION DE NON-CHANGEMENT DE SITUATION**

Je soussigné(e)……………………………………….

Représentant légal de ……………………………………

Certifie sur l’honneur :

- percevoir une prestation de service de la Caf / ou avoir déjà fait une demande de subvention sur l’exercice 2024 ;

- qu’aucun changement n’est intervenu sur les pièces justificatives cochées suivantes.

***Pour les documents ayant fait l’objet d’un changement, transmettre à la Caf les pièces justificatives actualisées avec le dossier de demande***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Collectivités locales et Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI)**  | **Associations – Mutuelles-** **Comité social et Economique (CSE)** | **Entreprises/Groupements d’entreprise**  |
| ☐Arrêté préfectoral portant création d’un EPCI et détaillant le champ de compétence☐Numéro SIREN / SIRET ☐Statuts (pour les EPCI) précisant les champs de compétences☐Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN  | ☐Pour les associations : récépissé de déclaration en Préfecture. ☐Pour les mutuelles : récépissé de demande d'immatriculation au registre national des mutuelles ☐Pour les CSE : procès-verbal des dernières élections constitutives☐Numéro SIREN / SIRET ☐Statuts datés et signés ☐Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly).  | ☐Statuts datés et signés ☐Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly). ☐Numéro SIREN / SIRET  |
| Fait à …………………… Le ………….. | Nom, Prénom et fonction du signataireSignature et Cachet |