



**AIDE AU TRANSPORT VERS LES LIEUX D'ACCUEIL DE LOISIRS
PERISCOLAIRES – EXTRASCOLAIRES – ACCUEIL JEUNES
- DEMANDE -
ANNEE _____**

16/123 – maj 01/2023

109 Boulevard Louis Blanc – TSA 50 010 – 85927 La Roche sur Yon Cedex 9 - www.caf.fr

1 – IDENTITE DU DEMANDEUR BENEFICIAIRE DE L'AIDE FINANCIERE

Dénomination (Association ou Collectivité) :

Nom – Prénom du représentant légal (Président – Maire) :

Adresse :

.....

.....

N° Siret :

Personne chargée du suivi du dossier :

Nom – Prénom :

N° téléphone :

E-mail :

2 – EQUIPEMENT OU SERVICE CONCERNE (ALSH – ACCUEIL ADOLESCENTS)

Gestionnaire :

Dénomination :

Adresse :

.....

.....

Réservé Caf – Safir AFC

N° Sias :

Année :

Nature aide : Aide au Fonctionnement

Fam. pièce : Traiter les données prévisionnelles

Type pièce : Dossier de demande d'aide

Mémo : Aide au transport

4 - ESTIMATION DU COUT

Transport utilisé	Evaluation données chiffrées	Pièces justificatives à fournir
<input type="checkbox"/> Transport par un prestataire : Nom du prestataire :	Evaluation du coût annuel :	Copie devis du transporteur
<input type="checkbox"/> Location du véhicule ou mise à disposition payante Nom du propriétaire du véhicule : <input type="checkbox"/> Minibus <input type="checkbox"/> Bus	Evaluation du coût annuel : dont - location ou mise à disposition : - charges de personnel : <i>coût horaire chargé :</i> <i>nombre heures consacrées au transport :</i> - charges de carburant : <i>pour kms minibus (0,15 €/km)</i> <i>..... kms bus (0,45 €/km)</i>	Copie devis de location Ou copie de la convention de mise à disposition précisant le montant payé
<input type="checkbox"/> Utilisation d'un véhicule vous appartenant	Evaluation du coût annuel : dont : - charges de personnel : <i>coût horaire chargé :</i> <i>nombre heures consacrées au transport :</i> - charges de véhicule : <i>pour kms minibus (0,70 €/km)</i> <i>..... kms bus (2,50 €/km)</i>	Copie carte grise du véhicule utilisé
<input type="checkbox"/> Organisation d'un transport dans le cadre d'une convention entre gestionnaire de l'accueil et la commune, l'Epci, la commune nouvelle	Evaluation du coût annuel : pour kms	Copie convention signée précisant le montant payé

Attention : Les justificatifs fournis doivent concerner l'année civile

5- ESTIMATION DES RECETTES

- Participation financière des familles : oui non

Si oui, montant total :

- Subvention(s) autres partenaires : oui non

Si oui, Nom du partenaire :

Montant attribué :

Nom du partenaire :

Montant attribué :

Nom du partenaire :

Montant attribué :

6 - DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de

- déclare être en règle au regard de l'ensemble des obligations légales et réglementaires ainsi que des cotisations et paiement y afférent,
- déclare avoir pris connaissance de la réglementation des aides financières aux partenaires de la Caf de Vendée (Conditions Générales Fiche n°5), se rapportant à l'aide au transport vers les lieux d'accueil (Conditions Particulières Fiche n°9),
- certifie exacte les informations portées sur le présent document.

En tant qu'association ou fondation (case à cocher) :

- déclare que l'association souscrit au Contrat d'Engagement Républicain annexé au décret du 31 décembre 2021 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, et respecte son contenu. Tout manquement observé à ce titre est de nature à justifier un retrait de tout ou partie de la subvention accordée.

Fait à Le

Nom et qualité du signataire

Cachet et signature :

Dossier à adresser :

* par mail à l'adresse suivante : aidescollectives@caf85.caf.fr

ou

* par courrier postal à l'adresse suivante :

Caisse d'allocations familiales
Service des Aides Financières et Collectives
TSA 50 010
109 Boulevard Louis Blanc
85927 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9