



AIDE AU TRANSPORT VERS LES LIEUX D'ACCUEIL DE LOISIRS PERISCOLAIRES – EXTRASCOLAIRES – ACCUEIL JEUNES - BILAN -

ANNEE _____

16-124 - 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

Gestionnaire :

Dénomination :

Adresse :

.....

.....

Réservé Caf – Safir AFC

N° Sias :

Année :

Nature aide : Aide au Fonctionnement

Fam. pièce : Traiter les données réelles

Type pièce : Bilan

Mémo : Aide au transport

3 – TRANSPORT CONCERNE

- Motif du transport (détailler les trajets effectués : lieux desservis, public concerné, périodes)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Territoire couvert :

- Commune
- Epci ou plusieurs communes
Si plusieurs communes, préciser les communes concernées :
- Communes nouvelles

- Nombre total de kms parcourus dans l'année :
Détail par circuit (ex : Ecole vers ALSH – ramassage des jeunes vers l'accueil)

Circuit :

Nombre de jours :

Nombre de kms :

Type de transport :

- Prestataire Location véhicule
- Propre véhicule Convention gestionnaire/collectivité

Circuit :

Nombre de jours :

Nombre de kms :

Type de transport :

- Prestataire Location véhicule
- Propre véhicule Convention gestionnaire/collectivité

Circuit :

Nombre de jours :

Nombre de kms :

Type de transport :

- Prestataire Location véhicule
- Propre véhicule Convention gestionnaire/collectivité

Circuit :

Nombre de jours :

Nombre de kms :

Type de transport :

- Prestataire Location véhicule
- Propre véhicule Convention gestionnaire/collectivité

4 – ELEMENTS CONSTITUTIFS DU CALCUL DE L'AIDE DEFINITIVE

41/ DEPENSES

Transport utilisé	Données chiffrées	Pièces justificatives à fournir
<input type="checkbox"/> Transport par un prestataire : Nom du prestataire :	Montant total de la facture : Nombre de kms parcourus :	Copie facture du transporteur acquittée
<input type="checkbox"/> Location du véhicule ou mise à disposition payante Nom du propriétaire du véhicule : <input type="checkbox"/> Minibus <input type="checkbox"/> Bus	Montant total location ou mise à disposition : Montant total charges de personnel : <i>coût horaire chargé :</i> <i>nombre heures consacrées au transport :</i> Montant total coût du carburant : <i>pour kms minibus (0,15 €/km)</i> <i>..... kms bus (0,45 €/km)</i>	Copie facture acquittée si location Ou copie de la convention signée si mise à disposition précisant le montant payé
<input type="checkbox"/> Utilisation d'un véhicule vous appartenant	Montant total charges de personnel : <i>coût horaire chargé :</i> <i>nombre heures consacrées au transport :</i> Montant total charges du véhicule : <i>pour kms minibus (0,70 €/km)</i> <i>..... kms bus (2,50 €/km)</i>	Copie carte grise du véhicule utilisé, si non fournie lors de la demande (changement véhicule...)
<input type="checkbox"/> Organisation d'un transport dans le cadre d'une convention entre gestionnaire de l'accueil et commune, Epci, commune nouvelle	Montant total et réel des frais conventionnés : pour kms	Justificatif du coût réel : - copie convention signée - attestation collectivité territoriale - délibération du conseil municipal

Attention : Les justificatifs fournis doivent concerner l'année civile

42/ RECETTES

Participation financière des familles	Montant total :
Subvention(s) autre(s) partenaire(s)	Montant total :
	Nom du partenaire :
	Montant :
	Nom du partenaire :
	Montant :
	Nom du partenaire :
	Montant :

5 – ATTESTATION SUR L'HONNEUR DU BENEFICIAIRE DE L'AIDE

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

certifie exacte les informations portées sur le présent document.

Fait à Le

Nom et qualité du signataire, représentant légal

.....
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