

Aide aux vacances aux enfants porteurs d'un handicap ou d'une maladie invalidante

BENEFICIAIRE (enfants porteurs d'un handicap ou d'une maladie invalidante)

Nom : Prénom :

Adresse :

Complément adresse :

Code Postal : Ville :

FRAIS DE TRANSPORTS (uniquement pour les centres de vacances)

Voyage en train : Montant d'un billet de train aller et retour pour 1 personne du domicile au centre de vacances : € (joindre les justificatifs)

Si vous utilisez votre véhicule personnel, le montant remboursé sera calculé sur la base d'1 billet SNCF aller et retour, pour l'aller, et d'un billet SNCF aller et retour, pour le retour, pour l'année civile (Joindre les justificatifs).

CENTRE DE VACANCES

Je soussigné(e),

Directeur du centre de vacances de :

à code postal :

certifie que M. Mme Melle (1) : Nom :

Prénom : né(e) le/...../..... a séjourné du/...../..... au/...../.....

N° récépissé d'habilitation : du/...../.....

que le montant du séjour s'élève à : € pour : Jours (joindre la copie de la facture acquittée)

que celui-ci a bénéficié d'aides diverses : Fait à le/...../.....

CACHET DU CENTRE

Signature du Directeur

Montant des aides :

• Caisse d'allocations familiales pour un montant de : €

• Conseil général, mairie, etc. pour un montant de : €

• *Subvention des services sociaux des finances : €

• Autres : précisez : €

Joindre **obligatoirement à ce dossier l'accord ou le refus de demande de subvention des services sociaux des finances. Sans ce document, l'ODOD ne pourra pas vous servir sa subvention.*

LA FAMILLE ou SON REPRESENTANT

Nom : Prénom :

Adresse : n° de téléphone :

Complément adresse : Autre n° de téléphone :

Code Postal : Ville :

Fait à le

Signature.