

Ouvrant-Droit

| | | | |
|-------------------|--------------|-----------|--|
| Nom | | Prénom(s) | |
| Date de naissance | NIA | SLVie | |
| Adresse | | | |
| Code postal | Commune | | |
| N° tél. portable | N° tél. fixe | | |

Composition du foyer

| Nom | Prénom(s) | Lien de parenté | Date de naissance |
|-----|-----------|-----------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Documents à joindre

- ▶ Le ou les avis d'imposition du foyer :
 - Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 pour les naissances avant le 31/12/2024
 - Avis d'imposition 2024 sur les revenus 2023 pour les naissances après le 01/01/2025
- ▶ Le certificat médical des six mois de grossesse ou l'acte de naissance
 Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés et l'authenticité des pièces annexées

| | | |
|--------|----|------------------------|
| Fait à | le | Signature du demandeur |
|--------|----|------------------------|

Documents ainsi que cet imprimé à remettre au service Action Sanitaire et Sociale de la CMCAS

Partie réservée à la commission Action Sanitaire et Sociale

| | | |
|---|--|------------------------|
| N° de l'aide accordée | | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> Cachet de l'organisme | Président de la commission Nom Prénom(s) | |
| Fait à | le | Signature du Président |