

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**  
ou à envoyer par **mail**

**Action sociale**

Contribution de vie étudiante et de campus  
NON soumise à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier du remboursement de la contribution de vie étudiante et de campus (95 € pour l'année scolaire 2022-2023)

**1 Demandeur ouvrant-droit**

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : .....

**2 Enfant ayant-droit**  **Conjoint(e) ayant-droit**

Nom (de naissance) : ..... Prénom : .....

Date de naissance

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant-droit) : .....

Code postal :  Commune : ..... Tél :

Courriel : .....@.....

### **3 Avez-vous déposé une demande de bourse ?**

OUI

NON

Si oui, merci de joindre la notification d'attribution ou de refus de bourse.

---

### **4 Documents à fournir**

- Relevé d'identité bancaire
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)
- Attestation de vie étudiante et de campus
- Justificatif de paiement indiquant le montant de la cotisation payée
- Notification d'attribution ou de refus de bourse
- Certificat de scolarité pour les + de 21 ans

Je souhaite que cette prestation soit versée sur le compte de mon ayant-droit enfant

OUI  NON

Si oui, je complète l'imprimé de demande d'autorisation de payer des prestations à un tiers (ci-dessous) et je joins un RIB

A noter : mon dossier et le justificatif des dépenses devront être déposés à ma CMCAS avant le 30/09/2023 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.

**AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS**

**CONTRIBUTION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS**

**Je soussigné (e)**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :**

**Adresse :** .....

**Code Postal :**      **Commune :** .....

**N I A :**

**Déclare, par la présente, autoriser le versement de la Contribution de Vie Étudiante et de Campus sur le compte bancaire ou postal\* de l'ayant droit :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :**

**Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.**

**Date de la demande :**

**Signature de l'ouvrant droit**

**Signature de l'ayant droit**