

BÉNÉFICIAIRE

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Nom du représentant légal

Téléphone

Je m'engage à participer pendant toute la saison à l'activité choisie

Signature du bénéficiaire

Signature du représentant légal

ASSOCIATION CULTURELLE

ASSOCIATION SPORTIVE

Nom de l'association

Adresse

Téléphone Coût cotisation

Nom du président de l'association

J'atteste que a réglé l'intégralité de sa cotisation

Je m'engage à accueillir au sein des activités de l'association le bénéficiaire désigné ci-dessus pendant toute la saison.

Signature du représentant de l'association

Date et cachet

FINANCEMENT (RÉSERVÉ AU CCAS)

Montant de la cotisation

Participation du CCAS : Quotient Montant

(L'aide du CCAS est versée directement à la famille)

Nom de l'agent

Date :

Cachet :

Hôtel de Ville - B.P 50167
44802 Saint-Herblain Cedex
T 02 28 25 20 00
saint-herblain.fr

