

BÉNÉFICIAIRE

Nom Prénom

Date de naissance

Adresse

Nom du représentant légal

Téléphone Mail

J'accepte de recevoir des informations de la part du CCAS de Saint-Herblain

oui non

Je m'engage à participer pendant toute la saison 2024-25 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

Activité(s) pratiquée(s) par l'adhérent.e

J'atteste que a réglé l'intégralité de sa cotisation 2024-25.

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

