

CLAS :
FORMULAIRE A REMPLIR
POUR UNE DEMANDE DE SUBVENTION INDIVIDUELLE

Cette subvention ne concerne que les **ouvrants-droit** Inserm

Retourner L'ATTESTATION DE PAIEMENT ci-dessous complétée accompagnée de L'ORIGINAL DE LA FACTURE

Nom de l'association ou de l'organisme (tampon si existant) :

N° Siret :

Activité exercée:

Période :

Nom Prénom de l'adhérent :

Adresse personnelle de l'adhérent :

A versé la somme de : euros

Paiement effectué par chèque en CB par chèque ANCV Sport

par chèque ANCV Vacances

Signature du (de la) Président(e) de l'association :

Ouvrant-droit

Madame/Monsieur Nom :

Prénom :

Unité/Centre :

Adresse du Centre :

Statutaire :

CDI :

CDD :

Date de fin de contrat :

Vacataire :

Retraité (e) :

 :

mail professionnel :

mail perso :