# 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 :**