



ALLOCATIONS
FAMILIALES

Caf
de la Réunion

ANTENNE NORD

16 RUE DU GAL DE GAULLE - 97707 ST DENIS MESSAG CEDEX 9

FAX : 0262 48 62 25

ANTENNE OUEST

20 ROUTE DE SAVANNAH -BP164 – 97863 ST PAUL CEDEX

FAX : 0262 45 98 65

ANTENNE SUD

3 RUE F. ISAUTIER B.P.378 - 97456 ST PIERRE CEDEX

FAX : 0262 35 01 01

ANTENNE EST

66 AVENUE G. POMPIDOU B.P. 188 - 97470 ST BENOIT

FAX : 0262 50 85 29

☎ : 08 10 25 97 40 (COUT D'UN APPEL LOCAL A PARTIR D'UN POSTE FIXE)- SITE INTERNET : WWW.CAF.FR

Les demandes doivent être déposées *impérativement* avant le démarrage des séjours

DEMANDE D'AIDE AU TEMPS LIBRE

VACANCES ENFANTS

- colonie de vacances
- séjour linguistique
- voyage d'études
- placement familial
- camp d'adolescent
- vacances à la ferme

I RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

**CHEF
DE
FAMILLE**

NOM : PRENOMS :

N° A.F. : N° IMMAT. A LA CGSS :

N° TEL :

ADRESSE :

PROFESSION : DATE DEBUT ACTIVITE:

CHOMAGE : OUI NON DATE DEBUT:

SANS ACTIVITE DEPUIS LE. :

CONJOINT(E) NOM : PRENOMS :

PROFESSION : DATE DEBUT ACTIVITE:

CHOMAGE : OUI NON DATE DEBUT:

SANS ACTIVITE DEPUIS LE. :

II RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SEJOUR

ASSOCIATION ORGANISATRICE / ETABLISSEMENT ORGANISATEUR :

LIEU DU SEJOUR (NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DU CENTRE DE VANCANCES + ADRESSE)

DATE DE DEPART : AU : DATE DE RETOUR:

III RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) INSCRIT(S) AU SEJOUR

NOM ET PRENOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	ENFANT BENEFICIAIRE DE L'AEEH
.....	<input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FEMININ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
.....	<input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FEMININ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
.....	<input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FEMININ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
.....	<input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FEMININ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je soussigné(e),

déclare sur l'honneur que l'(es) enfant(s) pour lequel (lesquels) je sollicite l'aide de la CAF,

n'a (ont) pas obtenu d'aide financière d'un autre organisme.

a (ont) obtenu une aide financière d'un montant de :

..... Euros, versé par / Euros, versé par

..... Euros, versé par / Euros, versé par

Fait à le

Signature

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
L'ETABLISSEMENT ORGANISATEUR OU L'ASSOCIATION ORGANISATRICE**

NOM DE L'ETABLISSEMENT OU DE L'ASSOCIATION:

TEL :

FAX. :

EMAIL :

NOM DU RESPONSABLE DU PROJET. :

TEL :

FAX. :

EMAIL :

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'ETABLISSEMENT ORGANISATEUR
OU L'ASSOCIATION ORGANISATRICE DU SEJOUR**

Je soussigné(e), certifie que l'(es) enfant(s)
est (sont) inscrit(s) au présent séjour.

LE COUT DU SEJOUR EST DE : € par enfant.

Fait à le

Cachet de l'Association
Cachet de l'Etablissement.

Signature

La loi rend passible d'amende et/ ou
d'emprisonnement quiconque se
rend coupable de fraudes ou de
fausses déclarations (Art 150 du
code pénal).

L'organisme débiteur des prestations
familiales peut vérifier l'exactitude
des déclarations qui lui sont faites.