



## DEMANDE DE SUBVENTION TRIMESTRIELLE DE CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT



Cette subvention est destinée à prendre en charge une partie des frais de séjour d'accueil de loisirs sans hébergement (CLSH/ALSH) fréquenté par les enfants d'agents Inserm. Sont subventionnés : les mercredis en période scolaire ainsi que les jours ouvrables durant les vacances scolaires sans limitation du nombre de jours.

### CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

- Le dossier comprenant les 3 factures d'un trimestre doit être envoyé dans les 3 mois après la dernière prestation réalisée. **Périodes : septembre à novembre, décembre à février, mars à mai et juin à août.**
- La fiche agent complète doit être impérativement envoyée dès la première demande de subvention.
- Seuls les centres de loisirs qui possèdent un agrément D.D.C.S pourront être subventionnés. Peuvent avoir cet agrément : les centres de loisirs communaux, certaines associations loi 1901, ou les centres d'organismes de recherche (CNRS, INRA, Université, etc....)..
- La subvention est calculée sur le montant total acquittée, dans la limite d'un **plafond journalier fixé actuellement à 30€ par jour.**

### COMPOSITION DU DOSSIER : LA DEMANDE DOIT ETRE ENVOYEE UNIQUEMENT PAR COURRIER

**(Attention : En raison d'un nombre important de demandes, tout dossier incomplet ne sera pas traité)**

**1**

**2**

**3**

**Le Formulaire de demande de subvention**

(Un formulaire par famille et par trimestre)

+

**FICHE AGENT**

(De l'année en cours sauf si déjà envoyée)

**L'original ou la copie de la ou des facture(s) comportant :**

- La mention acquittée(s)
- Le n° d'agrément D.D.C.S
- Le nombre de jours de présence
- Le prix par jour
- Le nom de l'enfant

**L'attestation de non subvention annuelle**

**L'attestation de subvention administrative**



M.A.J le 08/03/2024

93 avenue de Fontainebleau  
94270 Le Kremlin Bicêtre

**CONTACT**

**Madame Valery's SAINVIL**  
valerys.sainvil@inserm.fr  
Tél : 01 82 53 34 38



**DEMANDE DE SUBVENTION  
CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT  
TRIMESTRIELLE**

**Cadre réservé au CAES**

**Date de réception :**

**Notes :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Pour un traitement plus rapide, il est recommandé d'envoyer votre dossier par voie postale**

**AGENT INSERM :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ MAIL PRO : \_\_\_\_\_

**CONJOINT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Votre conjoint est-il salarié ?  OUI  NON

PROFESSION : \_\_\_\_\_ EMPLOYEUR \_\_\_\_\_

**AVANT TOUTE DEMANDE ASSUREZ-VOUS QUE VOTRE FICHE AGENT EST A JOUR !**

Merci d'envoyer ce formulaire complété à chaque fin de trimestre.

**Attention** : les demandes de subvention seront traitées **après** la date de la prestation.

NOM DE L'ENFANT	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PERIODE ALSH	NB JOURS ALSH
<i>Ex : DUPON</i>	<i>Julien</i>	<i>16/06/2009</i>	<i>De Sept à Déc 2015</i>	<i>12</i>

Nom du centre de loisirs : .....

Numéro d'agrément D.D.C.S (excepté Mairie de la ville) : .....

**ATTENTION VOUS ÊTES SOUMIS A UN PLAFOND ANNUEL DE SUBVENTION.**

Pour plus d'information et calculer votre plafond : [caes.inserm.fr](http://caes.inserm.fr) Rubrique PLAFONDS ET CALCUL

L'organisme et l'activité étant choisis par moi-même, je dégage le CAES-INSERM de toute responsabilité.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et que les documents fournis sont conformes à la réalité.

Date de la demande : .....

signature du demandeur :



M.A.J le 08/03/2024

**La subvention du CAES comprend la subvention administrative.  
Le CAES se charge de récupérer celle-ci auprès de l'administration  
de l'INSERM.**

Renseignements concernant le conjoint:

NOM et Prénom.....  
.....

Est-il salarié :      OUI              NON

Si oui, et s'il est fonctionnaire ou agent de l'Etat, dans quelle administration et quel est son indice majoré

.....  
.....  
.  
.....  
.

\*\*\*\*\*

Je soussigné(e).....  
.....

demande que la subvention administrative que l'INSERM mandatera à mon profit, soit virée au CCP LA SOURCE 32 713 46 B ouvert au nom du CAES-INSERM qui m'en fait l'avance.

Fait à ..... le .....

Signature



M.A.J le 08/03/2024

## **ATTESTATION DE NON SUBVENTION si conjoint**

Je soussigné(e) .....

Certifie sur l'honneur,

Ne pas percevoir de subvention d'un tiers pour cette prestation.

Percevoir une subvention d'un tiers pour cette prestation, et m'engage à fournir une attestation mentionnant le montant de la subvention.

Fait à .....

Le .....

Signature