**\*\*\*\* ATTENTION = A REMPLIR PAR LE REPRESENTANT LEGAL UNIQUEMENT**

|  |
| --- |
| **POLE SERVICES A LA POPULATION**  **ET AUX COMMUNES** |
| **Rue des Jardins**  **05700 - SERRES** |
| **Tel : 04 92 67 19 44** |
| **Services.population@sisteronais-buech.fr** |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Les coordonnées du Représentant Légal doivent être identiques sur le formulaire+Facture+RIB \*\*\*\***

**TRANSPORT SCOLAIRE 2023-2024**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AIDE FINANCIERE**

Cadre réservé à l’administration

N° de Dossier attribué : Demande reçue le :

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER :**

* **FACTURE de paiement** (au nom et coordonnées du Rep. Légal) ou **Relevé de compte bancaire** indiquant le paiement au NOM + Coordonnées du Rep. Légal (le relevé de carte bancaire n’est plus recevable).

Le ticket PayZen envoyé par mail ne suffit pas.

* **Copie de la Carte ZOU avec photo.**
* **RIB (au nom et coordonnées Représentant Légal)**
* **CERTIFICAT DE SCOLARITE obligatoire**

**Formulaire et pièces justificatives à retourner à :**

* **Communauté de Communes Sisteronais-Buëch - Maison de Pays – Service Remboursement ZOU - 04250 La Motte du Caire ou par mail :** [**msap.lamotteturriers@sisteronais-buech.fr**](mailto:msap.lamotteturriers@sisteronais-buech.fr)

**REPRESENTANT LEGAL (nom prénom et coordonnées figurant sur la preuve de règlement - IMPERATIF) :**

**Nom**:

***Date limite de réception des demandes : 13/07/2024***

***Remboursement : au cours du 1er semestre 2024, à compter du 01/01/2024, par ordre de réception.***

**Prénom** :

**Adresse** :

**Code postal**: **Ville** :

**Téléphone** : **Adresse mail**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEVE** | **Nom/prénom de l’élève** | **Date naissance** | **Classe**  **Fréquentée** *(jusqu’à la Terminale Inclus uniquement)* | **Nom de l’établissement**  **/ Adresse** |
| **Enfant1** |  |  |  |  |
| **Enfant 2** |  |  |  |  |
| **Enfant 3** |  |  |  |  |
| **Enfant 4** |  |  |  |  |

Montant total réglé lors de l’inscription de mon (mes) enfant(s) : …………………euros.

□ Je certifie l’exactitude des renseignements donnés ci-dessus et sollicite l’attribution de l’AIDE aux TRANSPORTS SCOLAIRES 2023/2024 attribuée par la Communauté de Communes Sisteronais Buëch.

Fait à : le : Signature du représentant légal :

Cadre réservé à l’administration Montant à verser à la famille :

***Attention tout dossier incomplet ne sera pas traité***