



DEMANDE DE SUBVENTION

Date : ___ / ___ / _____

PRENOM DE LA PERSONNE TSA :

NOM DE LA FAMILLE :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE :

MAIL :

Réservé Association Autisme Eveil :

Date de 1ère adhésion :

Nombre d'année d'adhésion :

< 3

> 3

A jour de cotisation :

oui

non

Nous souhaitons demander une subvention pour :

Matériel connecté / Logiciel Spécifique

Validation

oui

non

Frais de diagnostic

oui

non

Séances spécifiques

oui

non

Aide Humaine

oui

non

Pièces à fournir :

Facture ou devis

oui

non

Attestation paiement CESU

oui

non

Modalités d'attribution signées

oui

non

RIB

oui

non

Réservé Association Autisme Eveil :

Date de délibération :

___ / ___ / _____

Paiement unique : 500€

Avis du Conseil d'Administration

OUI

NON

Paiements multiples :

Date de fin d'engagement :

___ / ___ / _____

Demande rempli à renvoyer par mail à secretaire.autisme-veil@autisme74.com.