



# 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](mailto:secretaire.autisme-veil@autisme74.com).