



CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
COMMUNE D'AHETZE

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE EXCEPTIONNELLE
AIDE A LA MOBILITE PASS.TXIKTXAK**

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE ET LIEU DE
NAISSANCE : _____
PROFESSION : _____
NOM, PRENOM CONJOINT : _____
DATE ET LIEU DE
NAISSANCE : _____
PROFESSION : _____
ADRESSE : _____
TELEPHONE : _____ MAIL : _____
SITUATION DE FAMILLE : célibataire marié(e) divorcé(e) veuve(ve) pacsé

PERSONNES A CHARGES

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	EMPLOI

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur cet imprimé.

Fait à AHETZE, le

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER :

Copie du livret de famille,
Certificat de scolarité dans un établissement de la CAPB
Dernier avis d'imposition des personnes vivant au foyer,
N° allocataire CAF :
Un relevé d'identité bancaire,
Attestation paiement PASS-TXIK TXAK -28 ans.