

## DEMANDE DE SUBVENTION DE FONCTIONNEMENT ANNEE 2020

Nom de l'association : .....

Adresse du **SIEGE SOCIAL** : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

### NOMS ET ADRESSES DES MEMBRES DU BUREAU

**IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE L'ASSOCIATION** (le représentant légal ou autre personne désignée par les statuts)

Nom - Prénom : ..... Statut : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION**

Nom - Prénom : ..... Statut : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

|                       | Total tous âges | + 18 ans | – 18 ans |
|-----------------------|-----------------|----------|----------|
| Nombre d'adhérents    |                 |          |          |
| Nombre de Laxoviens   |                 |          |          |
| Nombre de Maxévillois |                 |          |          |

**Union, fédération ou réseau auquel est affiliée votre association** (indiquer le nom complet, ne pas utiliser de sigle) :

Adresse : .....

N° d'affiliation : .....

Convention collective : ☐ oui ☐ non

Si oui, laquelle ? .....

|                                 | LAXOU        |
|---------------------------------|--------------|
| SUBVENTION SOLLICITEE POUR 2020 | ..... € UROS |
| SUBVENTION ACCORDEE EN 2019     | ..... € UROS |
| SUBVENTION ACCORDEE EN 2018     | ..... € UROS |

## REALISATIONS PARTICULIERES AU COURS DE L'ANNEE ECOULEE

.....

.....

.....

.....

.....

## PROJETS D'ACTIONS ET/OU DE MANIFESTATIONS POUR L'ANNEE A VENIR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES OBLIGATOIRES

- ☐ Date et n° du dernier récépissé de la Préfecture (*joindre une copie*) : .....
- ☐ Date de la dernière assemblée générale de l'association (*joindre la copie du PV*) : .....
- ☐ Date d'inscription au Journal Officiel : .....
- ☐ Coordonnées bancaires (*joindre obligatoirement un RIB ou un RIP*) :

| Code banque |  |  |  |  | Code guichet |  |  |  |  | N° de compte bancaire |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clé RIB |  | Nom de banque et ville |  |
|-------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|------------------------|--|
|             |  |  |  |  |              |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                        |  |

- ☐ Votre association a-t-elle recours à un commissaire aux comptes ? ☐ oui ☐ non  
(si budget supérieur à 150.000 €)

Renseignements certifiés exacts,

A ....., le .....

**LE PRESIDENT**  
(ou son représentant)  
(nom et signature)

**LE TRESORIER**  
(ou son représentant)  
(nom et signature)

## RESSOURCES HUMAINES

**MOYENS DE L'ASSOCIATION :**

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| <b>Bénévoles</b>                                             |  |
| <b>Nombre total de salariés</b>                              |  |
| <b>Nombre de salariés (en équivalent temps plein / ETPT)</b> |  |

[illegible]

| BENEVOLES                  |                    |
|----------------------------|--------------------|
| FONCTIONS DE CES PERSONNES | Nbre d'heures / an |
|                            |                    |
|                            |                    |
|                            |                    |
|                            |                    |
|                            |                    |
|                            |                    |

**Montant des cotisations par activités :**

[illegible]