

DEMANDE DE SUBVENTION DE FONCTIONNEMENT ANNEE 2021

Nom de l'association :				
Adresse du <u>SIEGE SOCIAL</u>	:			
•	Fax:	E-mail :		
	NOMS ET ADRESSES DES N	MEMBRES DU BUREAU		
IDENTIFICATION DU RESPO	NSABLE DE L'ASSOCIATION ((le représentant légal ou autre pe	rsonne désignée par les statuts	
Nom - Prénom :	Statut :			
Adresse:				
Téléphone :	Fax:	E-mail:		
IDENTIFICATION DE LA PEF	RSONNE CHARGEE DU DOSSII	ER DE DEMANDE DE SUBVI	ENTION	
Nom - Prénom :		Statut :		
Adresse :				
Téléphone :	Fax:	E-mail :		
AN A	Ne die die die die die die die die die di	Al de	k di	
Total tous âges		+ 18 ans	– 18 ans	
Nombre d'adhérents				
Nombre de Laxoviens				
Nombre de Maxévillois				
	uquel est affiliée votre associat	, -	•	
Convention collective:	oui	non non		
Si oui, laquelle?				
		LAX	KOU	
SUBVENTION SOLLICITEE POUR 2021			€uros	
SUBVENTION AC	CORDEE EN 2020		€uros	
SUBVENTION AC	CORDEE EN 2019		€ uros	

REALISATIONS PARTICULIERES AU COURS DE L'ANNEE ECOULEE						
•••••			•••••			
PROJE	CTS D'ACTIONS	ET/OU DE MANI	FESTATIONS	S POUR L'A	ANNEE A VENII	<u> </u>
RENSEIGNEMENT	TS COMPLEMENT	AIRES OBLIGATOIR	RES			
☐ Date	et n° du dernier ré	écépissé de la Préfect	ure <u>(joindre une</u>	<u>copie)</u> :		
		emblée générale de l'a		_		
	-	ournal Officiel:				
		(joindre obligatoiren			N 1 1	
Code banque	Code guichet	N° de compte	bancaire	Clé RIB	Nom de banque e	t ville
□ Votre		le recours à un comn get supérieur à 150.000		nptes?	oui no	n
Renseign	ements certifiés ex	acts,				
	A	, le	·			

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

RESSOURCES HUMAINES

MOYENS DE L'ASSOCIATION :

Bénévoles	
Nombre total de salariés	
Nombre de salariés (en équivalent temps plein / ETPT)	

PERSONNEL SALARIE MOIS DE REFERENCE :					
NOMS - Prénoms	Statuts	Nbre d'heures	Salaires mensuels		
		annuelles	Bruts	Nets	

BENEVOLES		
FONCTIONS DE CES PERSONNES	Nbre d'heures / an	

Montant des cotisations par activités :

Activités	Montants des cotisations