

DEMANDE DE TARIF REDUIT POUR LE TRANSPORT SCOLAIRE
Aide du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Saint-Jean-de-Luz

DEMANDEUR

NOM – PRENOM _____
 DATE DE NAISSANCE _____
 ADRESSE _____
 TELEPHONE _____ MAIL _____
 DATE DE LA DEMANDE : _____

Nom – Prénom de l'enfant pour lequel vous demandez un tarif réduit	Date de naissance	Etablissement scolaire fréquenté

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

A renvoyer par mail à ccas@saintjeandeluz.fr

- Justificatif du paiement d'un pass annuel -28 ans Txik Txak
- Attestation de paiement de la CAF du parent luzien où apparait l'enfant
- R.I.B.

Un justificatif de scolarité dans un établissement du Pays Basque peut être demandé

NE PAS COMPLETER RESERVE AU CCAS

QF CAF : _____	AIDE ACCORDEE :
AVIS D'IMPOSITION Revenu imposable : _____ Nombre de parts : _____ QF : _____	AIDE ACCORDEE :