

Date de dépôt	Proposition de la Commission	Vote du Conseil Municipal
<i>Cadre réservé au service Vie Associative</i>		

DEMANDE DE SUBVENTION DE FONCTIONNEMENT
 (Hors secteurs Sports, Culture, Action sociale)
Année 2019

Nom de l'association (tel qu'il a été déclaré à la Sous-Préfecture)

.....

Cochez ci-dessous la case correspondant au cas de votre association :















- première demande de subvention
 (dans ce cas, joindre **impérativement** 1 copie des statuts, du récépissé de déclaration en Sous-Préfecture, de l'extrait de parution au Journal Officiel)
- renouvellement

<i>Cadre réservé au service Vie Associative</i>	
Finances – Administration Générale – RH – Aménagement urbain - Logement	
Personnes âgées, Santé – Personnes Handicapées	
Affaires scolaires, relations internationales	
Affaires réglementaires	
Enfance et petite enfance	
Jeunesse, Vie des Quartiers et Vie Associative	
Festivités	
Anciens Combattants et Associations	
Environnement, Développement Durable, Circulation, Transports, Sécurité	

Joindre tous les éléments permettant de mettre en valeur les activités de votre association (bilan comptable, compte d'exploitation, compte de résultats, rapport d'activités)

DOSSIER COMPLET A RETOURNER POUR LE VENDREDI 28 SEPTEMBRE 2018
 au Service Vie Associative – Cité Administrative
 CS 13249 - 03106 MONTLUÇON Cedex
 ☎ 04.70.02.56.42

IDENTITE DE L'ASSOCIATION

TITRE EXACT DE L'ASSOCIATION 			
.....			
SIGLE éventuel 		
Date de déclaration de création en Préfecture 	_ _ _ _ _ _ _ _		
N° RNA (n° d'inscription délivré par la Préfecture) 	W _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Date de publication au Journal Officiel 	_ _ _ _ _ _ _ _		
N° SIRET obligatoire 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
N° agrément Jeunesse et Sports éventuel 	_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Votre association est-elle reconnue d'utilité publique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Nombre total d'adhérents _ _ _ _	Nombre d'adhérents montluçonnois _ _ _ _		
ADRESSE PRECISE DU SIEGE SOCIAL 			
N° et rue			
Code postal 	_ _ _ _ _	Ville 
Téléphone fixe 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Téléphone mobile 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Adresse Mail 	@		
Site internet 	www.		

BUTS DE L'ASSOCIATION (tels qu'ils sont indiqués au Journal Officiel)















PUBLIC CONCERNE







PERMANENCES de l'ASSOCIATION

LIEU	JOURS	HORAIRES

COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSOCIATION

P R E S I D E N T	Nom 	
	Prénom 	
	Adresse complète 	
	Tél. fixe 	
	Tél. mobile 	
	Adresse mail 	








T R E S O R I E R	Nom 	
	Prénom 	
	Adresse complète 	
	Tél. fixe 	
	Tél. mobile 	
	Adresse mail 	

S E C R E T A I R E	Nom 	
	Prénom 	
	Adresse complète 	
	Tél. fixe 	
	Tél. mobile 	
	Adresse mail 	

Coordonnées de la personne reconnue « Contact local »

(ces renseignements peuvent être communiqués au public)



A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom 	
Prénom 	
Fonction au sein de l'association 	
Adresse complète 	
Tél. fixe 	
Tél. mobile 	
Adresse mail 	

Adresse souhaitée pour l'expédition des courriers

émanant des services municipaux

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Nom 	
Prénom 	
Fonction au sein de l'association 	
Adresse complète 	
Adresse mail 	

BUDGET PREVISIONNEL Saison 2018/2019 ou année 2019

- exercice du 01/09/2018 au 31/08/2019
- exercice du 01/01/2019 au 31/12/2019
- autres

A REMPLIR SANS OMISSION POUR EXAMEN PAR LA COMMISSION MUNICIPALE CONCERNEE

Toute fiche **INCOMPLETE** sera **RETOURNEE** pour complément d'information
En vertu de l'article L 1611-4 du code général des collectivités territoriales, **vous voudrez bien joindre à ce dossier une photocopie certifiée conforme du budget et des comptes de l'exercice écoulé.**

RECETTES		DEPENSES	
Libellé	Montant	Libellé	Montant
Cotisations des adhérents		Achat matériel-équipement-fouritures	
Cotisations en vigueur / adhérent			
- Membres actifs		Frais de déplacement (transport)	
- Membres honoraires			
Subventions		Frais de personnel	
- de l'Etat			
- du Département		Locations (loyers, locations salles)	
- de la Commune			
Fonctionnement		Frais généraux de fonctionnement	
Exceptionnelle		(impôts, assurances, administration,	
- Autres (préciser)		charges, remboursement, emprunts)	
		Autres dépenses liées à l'activité de	
		l'association (préciser)	
Recettes des manifestations			
Autres recettes (préciser)			
MONTANT TOTAL DES RECETTES		MONTANT TOTAL DES DEPENSES	

Le budget prévisionnel doit être présenté équilibré

Avez-vous fait une demande l'an passé ? (Rayer la mention inutile)

- État OUI – NON
- Département OUI – NON
- Commune OUI – NON

A _____ le _____

Le ou la Trésorier(e) , nom et signature,

FICHE BILAN

RESULTAT DE LA DERNIERE ANNEE D'EXERCICE au

	DEPENSES	RECETTES
TOTAUX		

	DEFICIT	BENEFICE
RESULTAT DE L'EXERCICE		

SITUATION FINANCIERE (BILAN OU BUDGET) au _____

	DEBIT	CREDIT
Espèces en caisse		
Comptes courants postaux		
.....		
.....		
.....		
Comptes courants bancaires		
.....		
.....		
.....		
Comptes épargne		
.....		
.....		
.....		
Autres (SICAV, actions)		
TOTAL		

**ACTIVITES ET MANIFESTATIONS
ORGANISEES
PAR VOTRE ASSOCIATION**

TITRE DE L'ASSOCIATION

SAISON ECOULEE

DATES	LIEU	ACTIVITES OU MANIFESTATIONS (Détails)

SAISON A VENIR

DATES	LIEU	ACTIVITES OU MANIFESTATIONS (Détails)

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Imprimé à remplir impérativement et rigoureusement

**Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal
RIB ou RIP**

Sans ces éléments, le versement de la subvention ne peut être effectué

TITRE DE L'ASSOCIATION

TITULAIRE DU COMPTE

NOM

Adresse

INITULE COMPLET DU COMPTE POSTAL ou BANCAIRE

code établ.	code guichet	N° COMPTE	clé	domiciliation
_____	_____	_____	_____	_____

Le numéro de SIRET à renseigner en page 2 du présent dossier est obligatoire pour l'attribution de subvention.

Il est à demander (en fournissant une copie des statuts, du dernier récépissé de la sous-préfecture et en signalant tout changement d'adresse de siège social) par :

- courrier auprès de **INSEE CENTRE**
8, rue Edouard Branly
 - **BP 96719**
 - **45067 ORLEANS cedex 2**
- mail à l'adresse sirene-orleans@insee.fr
- Site internet : insee.fr
- Tél : **02.38.69.52.25**