

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

## **DEMANDE DE SUBVENTION EXCEPTIONNELLE (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	
Personnes âgées, handicapées – Santé	
Affaires scolaires, relations internationales	
Affaires réglementaires	
Enfance et petite enfance	
Pôle événementiel	
Vie associative – Ressources humaines	
Jeunesse et Vie des quartiers	
Travaux, aménagement urbain, logement	
Environnement, circulation, sécurité	



*Joindre tous les éléments permettant de mettre en valeur votre projet associatif*

**DOSSIER COMPLET A RETOURNER**  
 au Service Vie Associative – Cité Administrative  
 CS 13249 - 03106 MONTLUÇON Cedex  
 ☎ 04.70.02.56.42

**IDENTITE DE L'ASSOCIATION**

<b>TITRE EXACT DE L'ASSOCIATION</b> 		
.....		
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 <b>obligatoire</b> 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
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 montluçonnais  _ _ _ _ _	
<b>ADRESSE PRECISE DU SIEGE SOCIAL</b> 		
.....		
Code postal 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Ville 
Téléphone fixe 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Téléphone mobile 	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse Mail 	@	
Site internet 	www.	







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







	
.....	
<b>PUBLIC CONCERNE</b> 	.....







**PERMANENCES de l'ASSOCIATION**

LIEU	JOURS	HORAIRES

## COMPOSITION DU BUREAU DE L'ASSOCIATION








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

<b>T R E S O R I E R</b>	Nom 	
	Prénom 	
	Adresse complète 	
	Tél. fixe 	
	Tél. mobile 	
	Adresse mail 	

<b>S E C R E T A I R E</b>	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 	

**DESCRIPTIF DU PROJET  
OU DE LA MANIFESTATION**

**INTITULE DU PROJET** : .....

.....

.....

**PROGRAMMATION** : .....

.....

**CONTEXTE DE LA MANIFESTATION** (journée mondiale, nationale...).....

.....

**DESCRIPTIF DU PROJET OU DE LA MANIFESTATION** : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PUBLIC CONCERNE** : .....

.....

.....

**PARTENAIRES DE L'OPERATION** : .....

.....

.....

**COUT ESTIMATIF DE L'OPERATION** : .....

.....

# BUDGET PREVISIONNEL ET FINANCEMENT DU PROJET

**A REMPLIR SANS OMISSION POUR EXAMEN PAR LA COMMISSION MUNICIPALE CONCERNEE**

Toute fiche **INCOMPLETE** sera **RETOURNEE** pour complément d'information

RECETTES		DEPENSES	
Libellé	Montant	Libellé	Montant
<b>Subventions</b>		<b>Achat matériel-équipement-fournitures</b>	
- de l'Etat			
- du Département		<b>Frais de déplacement (transport)</b>	
- de la Commune			
- autres (préciser)		<b>Frais de personnel</b>	
		<b>Locations diverses</b>	
<b>Recettes des manifestations</b>		<b>Frais généraux de fonctionnement</b>	
<b>Autres recettes (préciser)</b>		<b>Autres dépenses (préciser)</b>	
<b>MONTANT TOTAL DES RECETTES</b>		<b>MONTANT TOTAL DES DEPENSES</b>	

Montant de la subvention sollicitée auprès de la commune : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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

## 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
_____	_____	_____	_____	_____

### **P.S. :**

Le numéro de SIRET obligatoire 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](mailto:sirene-orleans@insee.fr)
- Site internet : [insee.fr](http://insee.fr)
- Tél : 02.38.69.52.25