

# DEMANDE DE SUBVENTION DE FONCTIONNEMENT

# ANNEE 2024

**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 2024 |  **€ UROS** |
| **SUBVENTION ACCORDEE EN 2023** |  **€ UROS** |
| **SUBVENTION ACCORDEE EN 2022** |  **€ UROS** |

**Réalisations particulières au cours de l'année écoulée**

**Projets d'actions et/ou de manifestations pour l'année à 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 LE TRESORIER

####  (ou son représentant) (ou son représentant)

 **(nom et signature) (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 annuelles** | Salaires mensuels |
| **Bruts** | **Nets** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

**Montant des cotisations par activités :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Activités** | **Montants des cotisations** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |