



IMPRIMÉ D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

AIDE A L'AUTONOMIE DES JEUNES

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

N I A :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de l'aide à l'autonomie des jeunes sur le COMPTE BANCAIRE OU POSTAL* DE L'AYANT DROIT :

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

Date de naissance :

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.

Date de la demande :/...../20

Signature de l'ouvrant droit :

Signature de l'ayant droit :

*** joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit**