



**Demande d'aide aux vacances et aux loisirs  
Famille de 1 enfant**

**Conditions :**

- Avoir un enfant à charge au sens des prestations familiales
- L'enfant devait être âgé de moins de 20 ans au 31 décembre 2009
- Le quotient familial (QF) calculé ne doit pas dépasser 850 euros

**Calculez votre quotient familial (QF)**

Revenu fiscal de référence 2008 : ..... euros / 30 = ..... euros (votre QF)

Si votre QF est inférieur à **850 euros**, adressez la demande ci-dessous à :

*MSA d'Armorique – Service Action Sociale – 3 rue Hervé de Guébriant 29412 Landerneau cedex.*

✂-----

<b>DEMANDE D'AIDE AUX VACANCES ET AUX LOISIRS</b> <b>Famille de 1 enfant</b>																				
<b>⇒ JOIGNEZ OBLIGATOIREMENT VOTRE AVIS D'IMPOTS 2008</b>																				
Nom : .....	Prénom : .....																			
Matricule : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																				
Adresse : ..... .....																				
Prénom de l'enfant : .....																				
Je soussigné(e), certifie ne pas bénéficier d'avantages similaires auprès d'une autre caisse d'allocations familiales.																				
A .....	Le ...../...../ 2010																			
<u>Signature</u>																				

**MSA d'Armorique**

Site du Finistère

**Siège social :** 3 rue Hervé de Guébriant  
29412 Landerneau Cedex  
Tél. 02 98 85 79 79

Site des Côtes d'Armor

12 rue de Paimpont  
22025 Saint Brieuc Cedex 1  
Tél. 02 96 78 87 00