

TARIFICATION SOCIALE DES CANTINES

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA COMMUNE OU L'EPCI

N° SIRET* : 

Dénomination sociale* : _____

@* : _____
Ce courriel sera systématiquement utilisé pour les échanges entre la Commune ou l'EPCI et l'ASP.

PÉRIODE CONCERNÉE

Année scolaire* : _____

Quadrimestre* : _____

Date de début : 

Date de fin : 

Se référer à la notice d'information.

MONTANT À REMBOURSER

Nombre d'élèves scolarisés dans les écoles maternelles et élémentaires recourant à la cantine communale ou intercommunale* : 

Nombre d'élèves ayant déjeuné à la cantine au cours de cette période* : 

Dont élèves bénéficiaires d'un tarif inférieur ou égal à 1 €* : 

Nombre de repas* : 

Indiquer le nombre de repas facturés aux familles à un tarif inférieur ou égal à 1 € par le service communal ou intercommunal des cantines en écoles maternelles et élémentaires.

MONTANT À REMBOURSER :  €.

Le remboursement du forfait par jour et par repas servi est de 2 € du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2020, et de 3 € à partir du 1^{er} janvier 2021.

J'atteste sur l'honneur avoir transmis à l'ASP la dernière délibération ou décision en vigueur au titre de laquelle je demande ce remboursement.

Je certifie avoir respecté les conditions ouvrant droit au bénéfice de la mesure et avoir mené l'évaluation du nombre de repas pour lesquels je demande par la présente le remboursement du forfait versé par l'Etat par jour et par repas servi dans les écoles maternelles et élémentaires de la commune ou de l'intercommunalité et facturé à un tarif inférieur ou égal à 1 €.

Fait à : _____ le* : 

Pour valoir certification du service fait

Signature, qualité et cachet du signataire

* = champ obligatoire : en l'absence de ces informations, votre demande ne pourra être traitée

Ce document doit être **complété informatiquement, imprimé, signé (signature originale, qualité et cachet du signataire) puis envoyé** à la Direction régionale de l'ASP par mail à l'adresse aidecantinescolaire@asp-public.fr ou par voie postale à l'adresse ci-dessous :

DR ASP NOUVELLE-AQUITAINE

Site de Poitiers

Téléport 1 @ 5

Avenue du Tour de France

BP 20231

86963 FUTUROSCOPE-CHASSENEUIL CEDEX

Préalablement à la demande de remboursement, il est nécessaire de transmettre à l'ASP un formulaire d'identification accompagnés de la CONVENTION TRIENNALE et de la DÉLIBÉRATION ou de la décision (cf. notice du formulaire d'identification).

Une seule demande de remboursement par quadrimestre au titre d'une même délibération ou décision sera acceptée (3 demandes maximum par an). Chaque demande de remboursement doit être transmise à l'ASP au maximum 1 an après la date de fin du quadrimestre concerné.

Pour les demandes de remboursement suivantes liées à la décision ou à la délibération transmise, seul le formulaire de demande de remboursement sera à faire parvenir à l'ASP.

PÉRIODE CONCERNÉE

La période de remboursement doit être incluse dans la période de validité de la délibération ou de la décision transmise. Si la période de validité de la délibération ou de la décision transmise couvre entièrement le quadrimestre de remboursement sélectionné dans la liste déroulante, alors vous n'avez pas besoin de renseigner la Date de début ni la Date de fin. En cas contraire, vous devez renseigner la Date de début et la Date de fin correspondant à la période de remboursement précise au sein du quadrimestre sélectionné et couverte par la délibération ou la décision. Pour bénéficier du forfait versé par l'Etat sur l'ensemble du quadrimestre, vous devrez prendre une nouvelle délibération ou décision et nous la faire parvenir accompagnée d'un nouveau formulaire d'identification. Vous nous transmettrez alors une nouvelle demande de remboursement pour la période restante du quadrimestre concerné, couverte par cette nouvelle délibération ou décision.

Ex. : La délibération ou la décision est valable du 01/08/2019 au 31/10/2019, et vous avez sélectionné la période « Septembre à Décembre » pour l'Année scolaire « 2019/2020 » : comme la délibération ou la décision ne couvre pas entièrement le quadrimestre « Septembre à Décembre 2019 », vous devez renseigner « Date de début : 01/09/2019 » et « Date de fin : 31/10/2019 ».

Si une nouvelle délibération ou décision débutant le 01/11/2019 a été prise, vous devrez nous transmettre un nouveau formulaire d'identification, accompagné de cette délibération ou décision, et une nouvelle demande de remboursement pour le quadrimestre « Septembre à Décembre 2019 » en indiquant « Date de début : 01/11/2019 » et « Date de fin : 31/12/2019 ».

MONTANT À REMBOURSER

L'ensemble des informations saisies dans le cadre « Montant à rembourser » sont les informations relatives à **cette période de remboursement** précise au sein du quadrimestre sélectionné et couverte par la délibération ou la décision.

Ex : La délibération ou la décision est valable du 01/08/2019 au 31/10/2019, pour cette demande de remboursement vous devez renseigner le nombre d'élèves ayant déjeuné à la cantine du 01/09/2019 au 31/10/2019, le nombre d'élèves bénéficiaires d'un tarif inférieur ou égal à 1 € du 01/09/2019 au 31/10/2019 ainsi que le nombre de repas facturés aux familles à un tarif inférieur ou égal à 1 € du 01/09/2019 au 31/10/2019.