



ATTESTATION SUR L'HONNEUR DES AIDES SOLLICITÉES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES

L'aide de la Caf de la Mayenne sera limitée aux frais réellement engagés et elle ne sera pas attribuée si les frais de formation sont totalement pris en charge par un tiers (employeur, municipalité, association...) ou par un autre organisme.

Coordonnées du demandeur :

Nom : Prénom :

Date de naissance / / Lieu de naissance :

N° de Sécurité sociale :

Votre n° Allocataire :

Adresse complète :

.....

.....

N° de téléphone : Adresse électronique :@.....

Organismes	Montant accordé
Conseil Départemental de la Mayenne €
E.pasx Jeunes culture Sport de la Région Pays de la Loire €
Mutualité Sociale Agricole (MSA) €
Collectivité (mairie ...) : Précisez le nom €
Employeur : Précisez le nom €
Comité d'entreprise : Précisez le nom €
Autres (précisez) €
..... €
..... €
MONTANT TOTAL DES AIDES DES AUTRES ORGANISMES €

Attention : merci de compléter chaque montant même si celui-ci est égal à 0€.

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

Le Signature :

