MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

POUVOIR DE REPRÉSENTATION DE LA PERSONNE MORALE

Agence de Services et de Paiement

Je soussigné ☐ Madame ☐ Monsieur : _____

né(e) le _____ à : _____

Demeurant à : Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Représentant de la personne morale :

Nom de la collectivité : _____ N° SIRET : _____

Ayant son adresse à : Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Est autorisé à déposer les documents et à réaliser les démarches au titre du dispositif de tarification sociale des cantines scolaires.

ou désigne la personne suivante pour agir en son nom :

☐ Madame ☐ Monsieur : _____

né(e) le _____ à : _____

Demeurant à : Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

agissant en qualité de *(préciser la fonction)* : _____

Date et signature du représentant *A faire précéder de la mention : « Lu et approuvé, bon pour pouvoir »*	Date et signature de la personne désignée *A faire précéder de la mention : « Lu et approuvé, bon pour acceptation »*