

**Annexe 2 :**

**Fiche d’identité du porteur**

**SESSAD « Troubles spécifiques du langage et des apprentissages » (TSLA)**

**10 places sur le territoire vosgien (88)**

**2019**

Vous êtes :

[ ]  Un candidat pour l’extension non importante d’un SESSAD existant

[ ]  Un candidat pour l’extension non importante d’un établissement médico-social pour enfants en situation de handicap (IME/IEM/etc.)

**Dépôt de votre dossier au plus tard le**

**Présentation du porteur :**

**1. Identification**

Nom de la structure ou du porteur:

Commune d’implantation:

N° FINESS géographique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Adresse : .................................................................................................................................................................

Code postal : ...................................................... Commune : ................................................................

Téléphone : ......................................................... Télécopie : ................................................................

Courriel : ................................................................................................................................................

Adresse de correspondance, si différente : ..............................................................................................

Code postal : ...................................................... Commune : ..................................................................

**2. Identification du représentant légal (Président du Conseil de surveillance ou d’Administration)**

Nom : .................................................................. Prénom : ...................................................................

Fonction : ...............................................................................................................................................

Téléphone : ......................................................... Courriel : ...................................................................

**3. Identification de la personne chargée du présent dossier** (si différente du

Représentant légal)

Nom : .................................................................. Prénom : ....................................................................

Fonction : ................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………… Courriel :…………………………………………….…………

**Attestation sur l’honneur**

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou non)**.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur,joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné (e), (nom et prénom)

représentant(e) légal(e) de la structure :

* S’engage à mettre en œuvre le projet de conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges ;
* certifie que les dépenses mentionnées dans le budget prévisionnel n’ont pas fait l’objet d’une autre demande de financement public
* certifie que la structure est régulièrement déclarée ;
* certifie que la structure est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;
* certifie exactes et sincères les informations du présent dossier,

Fait, le .......................................... à

Signature

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.