

## FONDS SOCIAL – AIDE FINANCIERE

Date de la demande : ...../...../.....

Collège .....

Lycée .....

### ENFANT SCOLARISÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

Boursier :  OUI

NON

### DEMANDEUR AYANT À CHARGE L'ENFANT

Mère  Père  Les 2  Détenteur de l'autorité parentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse de domicile : .....

Ville : ..... Code postal : |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Courriel : .....

Situation familiale :  Célibataire  Concubinage  Marié(e)/Pacsé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Séparé

Nombre de Personnes à charge : |\_|\_|

### NATURE DE LA DEMANDE

DEMI-PENSION : €  TRANSPORT : €  FOURNITURES SCOLAIRES : €

INTERNAT : €  MATERIEL, EQUIPEMENT : €  SOINS MEDICAUX : .....€

AUTRES : .....€

Montant total : .....€

### SITUATION FINANCIÈRE

Exercez-vous une activité professionnelle ?

Oui  Non

Avez-vous une perte de revenu récente ?

Oui  Non

Avez-vous une situation particulière ?

Oui  Non

### Pièces justificatives à joindre :

- Devis
- La dernière attestation de paiement CAF
- Dernier avis d'imposition

Pour toute situation particulière, merci de contacter l'Assistant(e) de Service Social de l'établissement.

*Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.*

**Fait à :** .....

**Le :** ..../...../.....

**Signature :**

Cadre réservé à l'administration

Date de la commission : .... /..... /.....

Quotient familial journalier : ..... €

Accord

Montant : .....€

Reste à la charge de la famille : ..... €

Refus

Ajournement

Signature du Président de la commission :