



Région académique

ACCOMPAGNEMENT FINANCIER DES FAMILLES

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

ENFANT SCOLARISE(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Classe :

BOURSIER : OUI ☐ NON ☐

DEMANDEUR, RESPONSABLE LEGAL (E) DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Code Postal :

Téléphone :

Courriel :

Situation familiale : Célibataire, divorcé(e)

☐

Concubinage, Marié(e) Pacsé(e)

☐

Nombre d'enfants à charge :

NATURE DE LA DEMANDE

Demi-pension : €

Transport : €

Vêtements : €

Fournitures scolaires : €

Soins médicaux : €

Matériel : €

Activités culturelles et sportives : €

Autres :€

Total de la demande : €

SITUATION FINANCIERE

Exercez-vous une activité professionnelle : OUI ☐

NON ☐

Avez-vous une perte de revenu récente : OUI ☐

NON ☐

Si oui, précisez :

Avez-vous une situation particulière : OUI ☐

NON ☐

Pièces justificatives à joindre (à mettre dans l'enveloppe cachetée):

- Devis
- Dernier avis d'imposition et dernière attestation CAF
- Tout autre document susceptible d'éclairer la commission

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

Fait à :

Le/...../.....

Signature :

(Cadre réservé à l'administration)

Date :/...../.....

☐ Accord pour un montant de : €

reste à charge de la famille : €

☐ Refus

signature du président de la commission :

☐ Ajournement