

## AIDE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE COVID-19 Action Sociale

### ENFANT(S) SCOLARISÉ(S)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Établissement scolaire : .....

### DEMANDEUR AYANT À CHARGE L'ENFANT

Mère       Père       Les 2       Détenteur de l'autorité parentale

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse de domicile : .....

Ville : ..... Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Fixe : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]      Mobile : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Courriel : .....

Situation familiale :  Célibataire     Marié(e)     En concubinage     Pacsé(e)     Divorcé(e)     Veuf(ve)

Nombre de Personnes à charge : [ ][ ]

### SITUATION FINANCIÈRE

Bénéficiez-vous de minimas sociaux ? (Rsa, CMU-C ou Complémentaire Santé Solidaire, Prime d'activité, période de chômage dans les 6 derniers mois, ...):  Oui     Non

La situation liée au COVID 19 impacte-t-elle vos revenus ?  Oui     Non

Exercez-vous une activité professionnelle ?  Oui     Non

Avez vous une cessation totale ou partiel d'activité ?  Oui     Non

Avez vous une perte de revenu provisoire ?  Oui     Non

#### Pièces justificatives à joindre :

- RIB personnel
- Dernier avis d'imposition (accessible sur l'espace fiscal personnel <https://www.impots.gouv.fr/portail/>)

*En signant ce document, j'accepte que les informations recueillies me concernant soient conservées, et envoyées aux chefs d'établissements et aux gestionnaires dans le cadre du traitement de mon dossier.*

*Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.*

**Fait à :** .....

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

**Signature :** .....

#### RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Quotient Familial (revenu net imposable ÷ nombre de parts) : .....

Situation impactée par le COVID 19 :  Oui     Non

Avis favorable du SSFE :  Oui     Non

Proposition du montant de l'aide accordée :  50 euros     80 euros     autre montant : .....

Accord du chef d'établissement :  Oui     Non