

Année scolaire :

Nom de l'établissement

## IMPRIME DE DEMANDE FONDS SOCIAUX

(Restauration/collégien/lycéen)

**Objet de la demande :**

- ☐ Demi-pension      ☐ Internat      ☐ Transport  
☐ Autres (à préciser) : .....

**ELEVE :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

L'élève est (\*) : ☐ ½ pensionnaire

☐ Interne

☐ Externe

☐ Boursier

☐ Non Boursier

Si boursier préciser le montant trimestriel/échelon de la bourse : .....

Si aide départementale spécifique éventuelle préciser tranche/montant : .....

**DEMANDEUR :**

| Demandeur                   | Conjoint                    |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Nom :                       | Nom :                       |
| Prénom :                    | Prénom :                    |
| Adresse :                   | Adresse :                   |
| Téléphone :                 | Téléphone :                 |
| Situation professionnelle : | Situation professionnelle : |

Situation familiale (\*) : ☐ Marié(e)/Pacsé(e)

☐ Vie maritale

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

☐ Célibataire

☐ Séparé(e)

| Enfants et autres personnes vivant au foyer |        |                   | Situation                        |                                 |
|---------------------------------------------|--------|-------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| NOM                                         | Prénom | Date de naissance | Classe et établissement scolaire | Autres : chômage, profession... |
|                                             |        |                   |                                  |                                 |
|                                             |        |                   |                                  |                                 |
|                                             |        |                   |                                  |                                 |
|                                             |        |                   |                                  |                                 |
|                                             |        |                   |                                  |                                 |

(\*) : cocher la case correspondante

→

| Nature des ressources mensuelles                                                               | Représentant légal | Conjoint |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| Salaire                                                                                        |                    |          |
| Indemnités chômage                                                                             |                    |          |
| Indemnités journalières                                                                        |                    |          |
| Pension d'invalidité ou AAH                                                                    |                    |          |
| Retraite                                                                                       |                    |          |
| Pension de réversion                                                                           |                    |          |
| R.S.A ou Prime d'Activité                                                                      |                    |          |
| Pension alimentaire ou ASF                                                                     |                    |          |
| Prestations familiales CAF/MSA , (allocations familiales,...) hors allocation logement et AEEH |                    |          |
| Autres (précisez)                                                                              |                    |          |
| <b>TOTAL</b>                                                                                   | +                  | =        |

Motif de la demande d'aide exposé par la famille :

Date et signature du demandeur,

**Il est indispensable de joindre à toute demande une photocopie des pièces suivantes :**

- ☐ Dernière attestation de paiement CAF ou MSA
- ☐ Le dernier bulletin de salaire **ou** le relevé d'indemnités chômage **ou** le relevé d'indemnités journalières **ou** dernier avis d'imposition (pour les travailleurs indépendants) **ou** tout autre justificatif de ressources.

**Merci de transmettre cette demande au service de gestion de l'établissement**

| Cadre réservé à l'Administration<br><br>Quotient journalier/personne : $\frac{\text{Total des ressources}}{\text{Nombre de parts} \times 30} = \underline{\hspace{2cm}}$ |       |            |                   |                 |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|-------------------|-----------------|----------|
| Date                                                                                                                                                                     | Objet | Ressources | Quotient familial | Montant demandé | Décision |
|                                                                                                                                                                          |       |            |                   |                 |          |