

Cette demande exceptionnelle peut être renouvelée chaque trimestre.

*Les justificatifs sont à transmettre une fois par an
sauf changement de situation au cours de l'année,
auprès de :*

Service d'action sociale

en faveur des élèves

FONDS SOCIAL LYCEEN

ELEVE(S):

NOM :

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Prénom :

Classe :

Classe :

Classe :

Né(e) le :

Né(e) le :

Né(e) le :

Adresse :

Régime: Externe Demi-pensionnaire Interne

Bourse: Oui, montant :
 Non

DEMANDEUR:

NOM : Prénom : Qualité :

Adresse
:

Tél :

Adresse mail :@

COMPOSITION DE LA FAMILLE:

	NOM-Prénom	Situation familiale	Situation professionnelle/ scolarité
Père			
Mère			
Autre responsable (préciser)			
Enfants à charge			
Autres personnes à charge (précisez qualité)			

Avez-vous déposé un dossier de surendettement ?

- Oui montant mensuel du remboursement :.....
 Non

En cas de séparation des parents, la garde des enfants est-elle une garde alternée ?

- Oui si oui, qui paye la cantine ou l'internat ?
 père et mère père mère
 Non

Percevez-vous une pension alimentaire ?

- Oui montant mensuel :.....
 Non

Versez-vous une pension alimentaire ?

- Oui montant mensuel :.....
 Non

OBJET DE LA DEMANDE : (cocher)

- Frais de demi-pension/d'internat
- Voyage
- Transport scolaire
- Autre (préciser)

.....

MOTIF(S) DE LA DEMANDE : (expliquer)

SIGNATURE ET ATTESTATION SUR L'HONNEUR :

Je soussigné(e) (*NOM-Prénom*)
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur la présente demande.

À:..... Le:.....

Signature:

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER:

- Dernier(s) avis d'imposition ou non-imposition du foyer (parents, beaux-parents...)
- Notification récente du montant des allocations familiales
- Si changement de situation : *Justificatifs de la situation actuelle***

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Calcul du Quotient (voir la fiche technique Fonds Social) :

- Total des ressources mensuelles du foyer :.....€

- Nombre de parts :.....

QUOTIENT CALCULÉ :.....€

	1er Trimestre	2ème Trimestre	3ème Trimestre
Quotient			
Date de la commission			
Montant de l'aide accordée			
Montant restant à charge de la famille			
Aide refusée Motif			