

## FONDS SOCIAL

Collégien

Cantine

Lycéen

Caisse de solidarité

### Élève :

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Qualité : Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne ☐

Boursier Oui ☐ Non ☐ Montant trimestriel

Adresse :

Tél. :

### OBJET DE LA DEMANDE :

### Montant de l'Aide demandée

Cantine

\_\_\_\_\_

Internat

\_\_\_\_\_

Transport

\_\_\_\_\_

Fournitures scolaires

\_\_\_\_\_

Équipement professionnel

\_\_\_\_\_

Voyage scolaire

\_\_\_\_\_

Autre (préciser)

\_\_\_\_\_

## PERSONNES VIVANT AU FOYER

*Préciser en cas de garde alternée*

|                     | NOM – Prénom | Date de Naissance | Activité professionnelle ou autre situation<br>Etablissement scolaire fréquenté |
|---------------------|--------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable légal 1 |              |                   |                                                                                 |
| Responsable légal 2 |              |                   |                                                                                 |
| Responsable légal 3 |              |                   |                                                                                 |
| Responsable légal 4 |              |                   |                                                                                 |
| Tuteur              |              |                   |                                                                                 |
| Autres              |              |                   |                                                                                 |
| Enfants             |              |                   |                                                                                 |

## RESSOURCES FAMILIALES MENSUELLES

Pour la nécessaire prise en compte des revenus de tous les membres de la famille, veuillez joindre les photocopies des justificatifs suivants, en fonction de votre situation :

Revenus fiscal de référence\* ..... \_\_\_\_\_

TOTAL :  
Si déclarations  
séparées

Prestations familiales\* ..... \_\_\_\_\_  
(RSA, ASF, ARS,...)

\* Pour la première demande, fournir le dernier avis d'imposition et l'attestation CAF

**REMARQUES que vous souhaiteriez porter à la connaissance de la Commission**

Date :  
Signature du demandeur attestant sur l'honneur l'exactitude des renseignements  
fournis :

DECISION DE LA COMMISSION du .....

- Revenu fiscal de référence : ..... \_\_\_\_\_
- Nombre de parts du foyer (compter une demi-part supplémentaire si parent isolé) ... \_\_\_\_\_
- Quotient familial \* ..... \_\_\_\_\_

\*Q.F. = Revenu fiscal de référence ÷ nombre de parts ÷ 12 mois

**CALCUL DE LA DEMANDE :**

RESERVE A LA COMMISSION

**DECISION DE LA COMMISSION :**

**Montant de l'aide accordée :**