

FONDS SOCIAL

Collégien

Cantine

Lycéen

Caisse de solidarité

Elève :

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	_____
Equipement 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 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 :