DOSSIER DE FONDS SOCIAL

N° de dossier :

Date de la demande : _____/_____/_____

Aide(s) demandée(s) :

Joindre impérativement les factures ou justificatifs pour lesquels vous sollicitez une aide

Demi-pension ou pension : Trimestre 1 _____€
Trimestre 2 _____€
Trimestre 3 _____€

Voyage scolaire : lieu_____ Montant _____ €

Transport scolaire : _____€

Fournitures – livres scolaires : _____€

Autres : _____ Montant _____€

RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

NOM : _____

Prénom : _____ Classe : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Régime : Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne ☐

Boursier : Non Oui Echelon : Prime mérite : oui Non

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

RENSEIGNEMENTS DU PARENT DEMANDEUR

NOM : _____ **Prénom** : _____

Adresse : _____

Code postal _____ **Ville** _____

Situation familiale : Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Autres (à préciser) : _____

Composition du foyer :

	NOM – Prénom	**Profession ou École**
Père		
Mère		
Belle-mère ou Beau-père		
Enfants à charge		
Autres		

NATURE DE L'AIDE DEMANDEE

Expliquez votre situation et le motif de votre demande :

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce dossier (ex. problèmes de pièces jointes, …) n'hésitez pas à prendre contact avec :

- Monsieur PECHEREAU, CPE 05 49 87 02 60
- Madame KANANE, secrétaire de gestion 05 49 87 04 70

Le dossier de fonds social est à retourner auprès du Conseiller Principal d'Éducation (CPE), de la vie scolaire ou du secrétariat de gestion.
Il sera étudié en toute confidentialité lors d'une commission de fonds social. Une réponse vous sera adressée par courrier à l'issue de cette commission.

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce dossier, toute erreur ou omission pouvant entraîner l'ajournement ou l'annulation de la demande d'aide.

Signature du responsable légal,

NE PAS REMPLIR

Réservée à la commission

Quotient familial

Revenu brut global	
Par mois	
Prestations familiales	
TOTAL	
Nombre de personnes	
Q.F.	

Décision de la commission

	date	**Nature de l'aide**	**FSR / FSL**	**Avis**
1				
2				
3				
4				
5				