

Année scolaire  
20 .. - 20 ..

Date de la demande : / /

## DOSSIER FONDS SOCIAL

### ÉLÈVE

Nom : Prénom :  
Etablissement : Classe :

Adresse du représentant légal:  
Téléphone :

N° Caf

### SITUATION

Interne  Externe  ½ pensionnaire   
Boursier national : Oui  Non  Taux/Montant :  
Boursier départemental : Oui  Non

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

RESPONSABLES LÉGAUX			
Nom-Prénom	Lien avec l'enfant	Né(e) le	Situation/activité
<b>Parent(s) : Mariés – Pacsés – Vie maritale – Divorcés – Séparés – Célibataire – Veuf(ve) (rayer la/les mentions inutiles)</b>			
FRATRIE			
Nom-Prénom	Né(e) le	A charge (oui/non)	Situation/activité

### RESSOURCES MENSUELLES (joindre les justificatifs)

RESSOURCES	MONTANT	
	Madame	Monsieur
<b>Revenus du travail</b>		
Salaire		
Indemnités journalières maladie		
Aide au retour à l'emploi		
Autres ( <i>préciser</i> ) : .....		
<b>Prestations familiales</b>		
Allocations familiales		
Prestation d'accueil du jeune enfant		
Complément familial		
Allocation de soutien familial		
Autres ( <i>préciser</i> ) : .....		
<b>Handicap/Invalidité</b>		
Allocation adultes handicapés		
Majoration pour la vie autonome		
Pension d'invalidité		
Autres ( <i>préciser</i> ) : .....		
<b>Autres revenus</b>		
Revenu de solidarité active		
Allocation logement		
Retraite		
Retraite complémentaire		
Pension de veuvage		
Pension alimentaire		
Prestation compensatoire		
Autres ( <i>préciser</i> ) : .....		
<b>TOTAL</b>		

**CHARGES MENSUELLES** (joindre les justificatifs)

CHARGES PRINCIPALES	
Charges	Montants
<b>Charges d'habitation</b>	
Loyer/accesion à la propriété ( <i>hors allocation logement</i> )	
Électricité	
Gaz	
Eau	
Autres charges de chauffage (préciser) : .....	
<b>Assurances</b>	
Véhicule	
Habitation	
Complémentaire santé	
<b>Impôts</b>	
Impôt sur le revenu	
Taxe d'habitation/Taxe foncière	
<b>Divers</b>	
Pension alimentaire versée	
Téléphone/internet	
Autres ( <i>préciser</i> ) : .....	
<b>TOTAL</b>	

AUTRES CHARGES	
Charges	Montants
Crédits ( <i>préciser</i> ) : ..... ..... .....	
Saisie huissier ou saisie sur salaire	
Plan de surendettement	
Autre dette ou crédit ( <i>préciser</i> ) : .....	
Charges liées à la scolarité d'un autre enfant ( <i>préciser</i> ) : .....	
Autres charges ( <i>préciser</i> ) ..... .....	
<b>TOTAL</b>	

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Demi-pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre Montant : ..... € <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre Montant : .....€ <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre Montant : .....€	
Internat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> trimestre Montant : ..... € <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> trimestre Montant : .....€ <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> trimestre Montant : .....€	
Voyage scolaire	Destination : Du ..... au .....	<input type="checkbox"/> Montant : .....€	
Autres ( <i>préciser</i> )	<input type="checkbox"/>	Montant : .....€	
Montant de l'aide souhaitée : ..... €			
Un règlement a-t-il été effectué : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Si oui, montant versé : ..... €			
<b>Cadre réservé à l'administration</b>			
Ressources	<input type="text" value=""/>	Charges	<input type="text" value=""/>
Nombre de personnes à charge		<input type="text" value=""/>	
Quotient familial mensuel	<input type="text" value=""/>	Quotient familial journalier	<input type="text" value=""/>
<u>Observations éventuelles</u> ..... ..... .....			
Suites données			
Passage en commission	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>e</sup> trimestre	3 <sup>e</sup> trimestre
Aide accordée			

Vous pouvez si vous le souhaitez transmettre d'autres éléments de compréhension de votre situation, soit directement lors d'une rencontre avec l'assistant(e) social(e), soit sous pli fermé joint à ce dossier et adressé à l'assistant(e) social(e) de l'établissement.  
L'assistant(e) social(e) est soumis(e) au secret professionnel.

Fait à .....

Le .....

**Signature**