

FONDS SOCIAL LYCEEN

Demande formulée par Date :

- Aide DP
 Aide Internat
 Autre

L'ELEVE

Nom.....Prénom.....Classe.....

Régime : Externe Demi-Pensionnaire Interne **Boursier** oui non Montant

La FAMILLE

Adresse :

.....Téléphone :

	Nom Prénom	Activité Professionnelle
Père ou Beau-Père		
Mère ou Belle-Mère		
Autres Personnes		

Situation Matrimoniale : Marié(e) Divorcé(e) Concubin(e) Veuf (ve) Célibataire

Titulaire du droit d'Hébergement : Père Mère Autre

ENFANTS à CHARGE

Nom Prénom	Age	Profession ou études

Evaluation financière

<i>Ressources / Mois</i>	Père ou Beau-Père	Mère ou Belle-Mère	Autre Personne	TOTAL « A »
Salaires				
Indemnités ASSEDIC, Maladie				
Pensions				
Allocations Familiales				
APL, AL				
Divers				
TOTAL				

<i>Charges / Mois</i>	Père ou Beau-Père	Mère ou Belle-Mère	Autre Personne	TOTAL « B »
Loyer Brut				
Crédits Immobiliers				
Crédits Autres				
Autres Charges				
TOTAL				

Pièces justificatives à joindre obligatoirement:

1- Justificatifs de revenus :

- Salaire
- Indemnités
- Pensions
- Allocations

2- Justification de charges :

- Loyer ou crédits d'accession à la propriété
- Crédits (relevés banque)

3- Dernier avis d'Imposition :

Déclaration sur l'honneur :

Je déclare sur l'honneur que les renseignements indiqués sont le strict reflet de la réalité. Je suis informé que toute fausse déclaration pourra entraîner des poursuites pénales.

A le

Signature :

A COMPLETER PAR LE LYCEE PROFESSIONNEL

Barème

Résultat QF	% aide	Ressources Brutes :
QF < 165 Euros	100%	A-B=.....
QF < 196 Euros	75 %	
QF < 288 Euros	50 %	Nombres de Parts.....
QF < 380 Euros	25 %	
QF > 380 Euros	0	QF= A-B/NP =.....

Récapitulatif des précédentes demandes (2ans)

DateObjet.....Somme.....	Date.....Objet.....Somme.....
Date.....Objet.....Somme.....	Date.....Objet.....Somme.....
Date.....Objet.....Somme.....	Date.....Objet.....Somme.....

Avis de l'Assistante Sociale

Décision du Chef d'Etablissement

Date :

RECAPITULATIF

Somme à Payer

.....

Montant de l'Aide Accordée

.....

Somme restant à la charge de la Famille

.....

Nb : L'aide ne sera effective que si le montant dû est versé au Gestionnaire de l'établissement avant le :