<u>CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</u>
DATE DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET :

Boursier

□ oui

Si OUI,

à quel échelon

1

4



- FONDS SOCIAL -

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE

DATE DE LA DEM	1ANDE :	/	/ 20

44830 BOUAYE Commission d'attribution des Fonds Sociaux fsl.orbigny@ac-nantes.fr tél. 02.51.70.55.11 Contact : Mme TAILLEBEAU

(secrétaire d'intendance)

NOM Prénom

FORMULAIRE À RENSEIGNER ET À DÉPOSER SOUS PLI CACHETÉ AU SERVICE **JUSTIFICATIFS** ACCOMPAGNÉ **OBLIGATOIREMENT** DES INTENDANCE, (VOIR PAGE 2).

LE FORMULAIRE RENSEIGNÉ ET LES JUSTIFICATIFS PEUVENT ÊTRE ÉGALEMENT TRANSMIS PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE : fsl.orbigny@ac-nantes.fr

Régime

☐ DP au forfait

ÉLÈVE(S) DU LYCÉE ALCIDE D'ORBIGNY CONCERNÉ(S): Date de

naissance

		□ DP 'au repas		4 2	⊔ 5
		☐ Externe	□ NON	□ 3	□ 6
		☐ DP au forfait	□ oui	1	4
		☐ DP 'au repas	,	2	 5
		☐ Externe	□ NON	3	□ 6
		☐ DP au forfait	□ oui	1	4
		☐ DP 'au repas	,	2	5
		☐ Externe	□ NON	3	□ 6
		<u>.</u>	•	•	
RESPONSABLES LÉGAUX :					
NORAC) Pránceso	Adresse complète		Profession(s)		
NOM(S) Prénom(s)	Téléphone / courrier électronique		ou activité(s)		
ADRESSE DE L'ÉLÈVE (si différente	e des responsables lég	aux) :			
SITUATION FAMILIALE DU DEMA	NDEUR. RESPONSABLE	LÉGAL :			
☐ Célibataire	•	☐ Veuf(ve)	☐ Divorcé(e)		
☐ Séparé(e)		☐ Garde alternée	==:::::::::::::::::::::::::::::::::::::		
. , ,					

Classe

AUTRES PERSONNES À CHARGE:

NOM(S) Prénom(s)	naissance	Activité ou scolarité (classe fréquentée)	chômage, revenus

	Demi-pension		
_	Matériel scolaire	e ⁽¹⁾ (Préciser) :	
П	Fransport scolair	re ⁽¹⁾	
):
	☐ Autres ⁽¹⁾ (Préciser)		
Fourni	r colon lo cas la f	factura la davis	la référence précise des livres ou du matériel demandé let leurs privei per
Fournir	r seion le cas la t	racture, le devis, l	la référence précise des livres ou du matériel demandé (et leurs prix si pos
NITS DI	FRMETTANT '	LINE MELLIELI	RE COMPRÉHENSION DE VOTRE DEMANDE :
N I S PI	EKIVIETTANT	ONE WEILLEU	RE COMPREHENSION DE VOTRE DEMANDE :
	,		
	FICATIVEC À I	FOLIDAUD /más	
HICTH			cessaires à l'examen de votre demande) :
	ustificatifs de re		de Salaire, Pension, Indemnité journalière, etc.) ;
☐ J	_		d'Allocations Familiales) :
☐ J	Dernière attesta	tion CAF (Caisse (a Allocations Familiales),
- 1			nnelles (charges courantes renseignées sur le tableau ci-contre)
]]]	lustificatifs des c	charges exception	nnelles (charges courantes renseignées sur le tableau ci-contre)
]]]		charges exception	
]]]	lustificatifs des c	charges exception	nnelles (charges courantes renseignées sur le tableau ci-contre)
]]]	lustificatifs des c	charges exception	nnelles (charges courantes renseignées sur le tableau ci-contre)
]]]	lustificatifs des c	charges exception	nnelles (charges courantes renseignées sur le tableau ci-contre)
]]]	lustificatifs des c	charges exception	nnelles (charges courantes renseignées sur le tableau ci-contre)

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 demandeur, responsable légal

BUDGET MOYEN MENSUEL EN COURS

RESSOURCES	CHARGES		
SALAIRE MONSIEUR :	LOYER OU ACCESSION :		
SALAIRE MADAME :			
SALAIRE MADAME.	ELECTRICITÉ :		
	CHAUFFAGE :		
PÔLE EMPLOI MONSIEUR :	CHAOTTAGE.		
	EAU:		
PÔLE EMPLOI MADAME :	TÉLÉPHONE :		
TOLL LIVIT LOT WINDAWIE .	TEEL HONE .		
PENSION / INDEMNITÉ JOURNALIÈRE :	MUTUELLE:		
RSA:	ASSURANCE :		
PRESTATIONS FAMILALES	IMPÔTS SUR LES REVENUS :		
(sauf allocation logement et APL)			
Allocation parentale :	TAXE FONCIÈRE :		
	TAXE D'HABITATION :		
ASF:	TAXE D HABITATION .		
AUTRE :	CANTINE(S):		
AOTAL:	CANTINE(3).		
PENSION ALIMENTAIRE :	TRANSPORT SCOLAIRE :		
BOURSES:	INTERNAT:		
□ OUI □ NON			
AUTRES REVENUS :	CRÉDIT(S) À LA CONSOMMATION :		
	DIVERS :		
	(dettes, découvert bancaire, factures en attente, etc.)		
	SURENDETTEMENT :		
	JOINLINDETTEIVIENT.		
	□ OUI □ NON		
TOTAL RESSOURCES:	TOTAL CHARGES :		
QUOTIENT:	DOSSIER EXAMINÉ À LA COMMISSION DU :		
(ne pas remplir)	(ne pas remplir)		
(- p	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		