

Division des affaires financières
DAF 1

DEMANDE DE FONDS SOCIAL – ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

VOTRE DEMANDE EST FORMULEE AU TITRE DU :

FONDS SOCIAL COLLEGIEN/LYCEEN

FONDS SOCIAL DE RESTAURATION

(cocher la ou les cases qui concerne(nt) votre demande)

01 **ELEVE**

- Nom :
- Prénom :
- Etablissement :
- Classe :
- Régime scolaire : Externe / Demi-pensionnaire / Interne (Rayer les mentions inutiles)

02 **FAMILLE DE L'ELEVE**

1) Représentant légal de l'élève :

- Monsieur / Madame (Rayer la mention inutile)
- Nom :
- Prénom :
- Adresse complète :
- Téléphone :
- Profession :

2) Conjoint(e) ou concubin(e) du représentant légal de l'élève :

- Monsieur / Madame (Rayer la mention inutile)
- Nom :
- Prénom :
- Profession :

3) Nombre d'enfants à charge :

Remarques : sont considérés comme enfants à charge :

- les enfants âgés au 1er janvier de moins de 18 ans ou, s'ils poursuivent leurs études, de moins de 26 ans ;
- les enfants de 18 à 21 ans fiscalement rattachés à votre foyer;
- les enfants infirmes, quel que soit leur âge.

NOM et PRENOM de chacun des enfants à charge	Date de naissance	Etablissement scolaire, université fréquentée ou profession
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

4) Charges à prendre en considération : (cocher les cases vous concernant et indiquer le nombre lorsque nécessaire)

- L'enfant pour lequel est demandée le fonds social est pupille de la Nation ou enfant d'agent public tué ou blessé en service et bénéficiant d'une protection particulière
- Vous vivez seul(e) avec votre (vos) enfant(s)
- Vous avez tous les deux une activité professionnelle (salarié, gérant, indemnisation chômage, ...).
Si un seul des deux parents a une activité professionnelle, ne pas cocher
- Un (ou les deux) conjoint(s) du foyer est (sont) en arrêt de longue maladie ou affection de longue durée nombre
- Un (ou les deux) conjoint(s) du foyer perçoit (perçoivent) une pension d'invalidité ou une allocation aux adultes handicapés et n'exerce(nt) pas d'activité professionnelle nombre
- Vous avez un (des) enfant(s) à charge âgé(s) de moins de 20 ans atteint(s) d'un handicap permanent et n'ouvrant pas droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé nombre
- Vous avez chez vous un ou plusieurs de vos ascendants à charge atteint(s) d'un handicap ou d'une maladie grave nombre

➤ **Pièces à fournir obligatoirement :**

- **une photocopie complète du document intitulé « Impôt sur les revenus de 2023 – Avis d'impôt établi en 2024 »**
- **une attestation de paiement de la CAF indiquant les personnes à charge de votre foyer et les prestations versées**

➤ **Situations particulières concernant votre famille :**

Situations particulières	Pièces à fournir
Si vous vivez en concubinage	Copie complète du document intitulé « Impôt sur les revenus de 2023 – Avis d'impôt établi en 2024 » DE VOUS-MÊME ET DE VOTRE CONCUBIN(E)
Un (les deux) conjoint(s) est en congé de longue maladie ou en congé de longue durée	Un certificat médical attestant la maladie ou le handicap et le cas échéant, une déclaration sur l'honneur attestant que l'enfant ou l'ascendant atteint d'un handicap vit chez vous
Un enfant au foyer est atteint d'un handicap permanent (n'ayant pas droit à l'AEEH)	
Vous hébergez un ascendant atteint d'un handicap ou d'une maladie grave	

➤ **Pièces à fournir si votre situation financière a changé depuis le 1^{er} janvier 2024, entraînant une diminution importante de vos ressources :**

Ressources	Pièces à fournir, pour votre conjoint et vous-même
SALAIRE MENSUEL ACTUEL	Photocopies des 3 derniers bulletins de salaire
INDEMNITES DE MALADIE	Photocopie de la notification du dernier taux journalier
INDEMNITES CHÔMAGE	Photocopie de la notification du dernier taux journalier
PENSION ALIMENTAIRE	Photocopie de l'extrait du jugement indiquant le montant de la pension
PENSION DE RETRAITE	Photocopie du dernier bulletin de pension
RENTES	Photocopie de la notification du dernier montant mensuel ou trimestriel ou du dernier taux journalier
Allocation de soutien familial, RSA	Attestation CAF
REVENUS AGRICOLES, INDUSTRIELS, COMMERCIAUX	Photocopie du dernier avis d'imposition de chacun des conjoints

04

ENGAGEMENT DE LA FAMILLE (Date et signature obligatoires)

Vous devez dater et signer la rubrique suivante (en cochant la case qui correspond à votre situation).

Je soussigné(e) le père ou la mère ou le (la) représentant(e) légal(e) de l'enfant

certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts.

Date et signature :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (loi n° 68-690 du 31 juillet 1968, article 22).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs et aux libertés s'applique aux réponses données dans ce formulaire. Elle vous garantit à vous et à l'enfant pour lequel est faite la demande un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès du service académique dans lequel la demande est envoyée.

05

VISA DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Après vérification des renseignements indiqués par la famille en ce qui concerne l'établissement et la classe actuellement fréquentés par l'élève.

Observations éventuelles :

.....
.....

Date :

Signature du Chef d'établissement et timbre de l'établissement :