

DEMANDE DE FONDS SOCIAL

I. L'ELEVE

Nom :
 Prénom :
 Classe :
 Régime : Demi-pensionnaire / Externe (*rayez la mention inutile*)
 Boursier : OUI / NON
 Nombre de parts :

60, rue de l'Ouche Quinet
 44230 St Sébastien-sur-Loire
 Tél : 02.40.03.07.70

Dossier suivi par :
 Service Intendance

Courriel :
 gestionnaire.0441548U@ac-
 nantes.fr

II. RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal de l'enfant :
 Situation familiale :
 Profession :
 Adresse :
 Téléphone :

III. COMPOSITION FAMILIALE

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	PROFESSION OU SITUATION SCOLAIRE	OBSERVATION

IV. OBJET DE LA DEMANDE

Demi-pension / Transport / Autre :
 (*rayez la mention inutile*)
 Montant de l'aide financière demandée :
 Motifs de la demande :

V. BUDGET MENSUEL

RESSOURCES MENSUELLES	
Salaire	
Indemnités	
RSA	
Prestations familiales (hors allocation logement)	
Pension alimentaire	
Autres	
Total des ressources	

Dossier de surendettement : OUI / NON

Quotient familial :

A, le

Pièces à fournir : - Dernier avis d'imposition
- Notification CAF
- Dernier bulletin de salaire
- Attestation Pôle emploi ou autres

Avis de la commission du :

Montant de l'aide accordée :

Refus. Motif :