



COLLEGE Alice et Jean Olibo  
 4 Av du Président G. Pompidou  
 66750 SAINT-CYPRIEN  
 Tél . : 04 68 37 60 10  
 Fax : 04 68 37 60 11  
 @ : gest.0660848N@ac-montpellier.fr

## DEMANDE D'ATTRIBUTION AU TITRE DES FONDS SOCIAUX (à remettre à l'Assistante Sociale ou au Service Intendance)

Dossier remis le : \_\_\_\_\_ Rendu le : \_\_\_\_\_

Fonds Social Collègien	<input type="radio"/>	1ère demande	<input type="radio"/>
Fonds Social Cantine	<input type="radio"/>	Renouvellement	<input type="radio"/>

### ELEVE

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Classe : _____
DP _____ EXT _____	Boursier : OUI TAUX _____ NON _____

### REPRESENTANT LEGAL

Nom: _____	Prénom : _____
Téléphone : _____	
Adresse : _____	
_____	

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire <input type="radio"/>	Marié (e) <input type="radio"/>	Veuf (ve) <input type="radio"/>
Séparé (e) <input type="radio"/>	Divorcé (e) <input type="radio"/>	Vie Maritale <input type="radio"/>

### COMPOSITION FAMILIALE

	Noms - Prénoms	Activité Professionnelle
Père		
Mère		
Beau-Père		
Belle-Mère		
Autre		
Enfant (s)		

## RESSOURCES FAMILIALES MENSUELLES

Désignation	Monsieur	Madame	Autre Personne vivant au Foyer
Salaire - Retraite ou Pension d'invalidité			
Indemnité journalière ou indemnité de chômage			
Prestations Familiales : RSA AF ASF AAH APL			
Pension Alimentaire			
Autres Ressources			
<b>TOTAL RESSOURCES</b>			

## CHARGES MENSUELLES

Désignation	Montant
Impôt sur le revenu	
Impôts locaux	
Impôts Fonciers	
Loyer ou accession à la propriété	
EDF/GDF	
Eau	
Assurance	
Crédit voiture	
Autres :	
<b>TOTAL DEPENSES</b>	

# DEMANDE D'AIDE POUR FAIRE FACE A

Frais de Demi-Pension	
Carte de Bus	
Vêtements	
Fournitures Scolaires	
Voyage	
Autre (préciser)	

## EXPOSE DE VOTRE SITUATION

---

---

---

---

---

---

---

---

Cet imprimé et les justificatifs (photocopie du livret de famille, dernier avis d'imposition et tout autre document justifiant votre demande) sont à remettre à l'Assistante Sociale ou au Service Intendance de l'Etablissement.

**Il est rappelé que ces aides ont un caractère exceptionnel et que leur attribution relève de la seule compétence de la Commission des Fonds Sociaux.**

Je soussigné (e) Mme ou M. \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature

JUSTIFICATIFS			
REVENUS		CHARGES	
Notification CAF	<input type="checkbox"/>	Quittance de loyer	<input type="checkbox"/>
Avis de Versement CAF	<input type="checkbox"/>	Eau	<input type="checkbox"/>
Notification Droit Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	EDF/GDF	<input type="checkbox"/>
Avis de Versement Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	Assurance	<input type="checkbox"/>
Avis de Versement Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/>	Crédit Maison	<input type="checkbox"/>
Jugement Divorce et Pension Alimentaire	<input type="checkbox"/>	Crédit Voiture	<input type="checkbox"/>
Avis d'Imposition	<input type="checkbox"/>	Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>
3 derniers Bulletins de Salaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Situation Exceptionnelle : Fournir les justificatifs

- Dossier de surendettement
- Décès
- Autre (préciser) :

## CADRE RESERVE A L'ASSISTANTE SOCIALE

Total des Ressources

\_\_\_\_\_

Total des Charges

\_\_\_\_\_

Total des Crédits

\_\_\_\_\_

Quotient Familial

\_\_\_\_\_

Avis de l'Assistante Sociale

\_\_\_\_\_

Avis de la Commission

\_\_\_\_\_

Décision du Chef d'Etablissement
