

|  |
| --- |
|  |
| DOSSIER FONDS SOCIAL |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **DOSSIER FONDS SOCIAL**

Année scolaire

20.. - 20..

Date de la demande : / /

**ÉLÈVE**

Nom : Prénom :

Etablissement : Classe :

Adresse du représentant légal:

Téléphone :

**SITUATION**

Interne  Externe  ½ pensionnaire 

Boursier national : Oui  Non  Taux/Montant :

Boursier départemental : Oui  Non 

**COMPOSITION DE LA FAMILLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESPONSABLES LÉGAUX** | | | |
| Nom-Prénom | Lien avec l’enfant | Né(e) le | Situation/activité |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Parent(s)** : Mariés – Pacsés – Vie maritale – Divorcés – Séparés – Célibataire – Veuf(ve) (rayer la/les mentions inutiles) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FRATRIE** | | | |
| Nom-Prénom | Né(e) le | A charge (oui/non) | Situation/activité |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESSOURCES** | **MONTANT** | |
| **Madame** | **Monsieur** |
| **Revenus du travail** | | |
| Salaire |  |  |
| Indemnités journalières maladie |  |  |
| Aide au retour à l’emploi |  |  |
| Autres *(préciser)* : **………………………..** |  |  |
| **Prestations familiales** | | |
| Allocations familiales |  |  |
| Prestation d’accueil du jeune enfant |  |  |
| Complément familial |  |  |
| Allocation de soutien familial |  |  |
| Autres *(préciser)* : **………………………..** |  |  |
| **Handicap/Invalidité** | | |
| Allocation adultes handicapés |  |  |
| Majoration pour la vie autonome |  |  |
| Pension d’invalidité |  |  |
| Autres *(préciser)* : **………………………..** |  |  |
| **Autres revenus** | | |
| Revenu de solidarité active |  |  |
| Allocation logement |  |  |
| Retraite |  |  |
| Retraite complémentaire |  |  |
| Pension de veuvage |  |  |
| Pension alimentaire |  |  |
| Prestation compensatoire |  |  |
| Autres *(préciser)* : **………………………..** |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

**RESSOURCES MENSUELLES** *(joindre les justificatifs)*

**CHARGES MENSUELLES** *(joindre les justificatifs)*

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES PRINCIPALES** | |
| **Charges** | **Montants** |
| **Charges d’habitation** | |
| Loyer/accession à la propriété *(hors allocation logement)* |  |
| Électricité |  |
| Gaz |  |
| Eau |  |
| Autres charges de chauffage (préciser) : …………………….. |  |
| **Assurances** | |
| Véhicule |  |
| Habitation |  |
| Complémentaire santé |  |
| **Impôts** | |
| Impôt sur le revenu |  |
| Taxe d’habitation/Taxe foncière |  |
| **Divers** | |
| Pension alimentaire versée |  |
| Téléphone/internet |  |
| Autres *(préciser)* : **……………………………………………………** |  |
| **TOTAL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTRES CHARGES** | |
| **Charges** | **Montants** |
| Crédits *(préciser)* :  …………………………………………………..  …………………………………………………..  ………………………………………………….. |  |
| Saisie huissier ou saisie sur salaire |  |
| Plan de surendettement |  |
| Autre dette ou crédit *(préciser)* : **…………………………………………………….** |  |
| Charges liées à la scolarité d’un autre enfant *(préciser)* : **………………………………………..** |  |
| Autres charges *(préciser)* **…………………………………………………….**  **…………………………………………………….** |  |
| **TOTAL** |  |

**MOTIF DE LA DEMANDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Demi-pension | |  | 1er trimestre Montant : **…………** €  2e trimestre Montant : **.…………**€  3e trimestre Montant : **………….€** |
| Internat | |  | 1er trimestre Montant : **…………** €  2e trimestre Montant : **.…………**€  3e trimestre Montant : **………….€** |
| Voyage scolaire Destination :  Du **………………** au **……………….** | |  | Montant : **………….€** |
| Autres *(préciser)* | |  | Montant : **………….€** |
| Montant de l’aide souhaitée : **……………..** €  Un règlement a-t-il été effectué : oui  non | | | |
| Si oui, montant versé : **……………..** € | | | |
|  |  | | |
| **Cadre réservé aux services gestionnaires**  €  €  Ressources Charges  Nombre de personnes à charge  €  €  Quotient familial mensuel Quotient familial journalier  Observations éventuelles  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**    Suites données   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Passage en commission | 1er trimestre | 2e trimestre | 3e trimestre | | Aide accordée |  |  |  | | | | |

***Vous pouvez si vous le souhaitez transmettre d’autres éléments de compréhension de votre situation, soit directement lors d’une rencontre avec l’assistant(e) social(e), soit sous pli fermé joint à ce dossier et adressé à l’assistant(e) social(e)de l’établissement.***

***L’assistant(e) social(e) est soumis(e) au secret professionnel.***

Fait à **………………………………** Le **…………………………………….**

**Signature**



****