** FONDS SOCIAL REGIONAL**

***Formulaire de demande d’aide financière attribuée***

***par la Région Nouvelle-Aquitaine***

***au titre du fonds social Régional***

**Année scolaire 2016 / 2017**

***Lycée MARGUERITE DE VALOIS***

***Frais Scolaire***

***12 rue Louise Lériget CS 52324***

***16023 ANGOULEME Cedex***

|  |
| --- |
| *Nom et prénom de l’élève : ………………………………………………………………………………….*  *Date de naissance : ………………………………………..*  *Nom prénom et adresse du responsable légal (parents) :*  *……………………………………………………………………………………………………………………………..*  *……………………………………………………………………………………………………………………………..*  *……………………………………………………………………………………………………………………………..*  *N° téléphone : …………………………………………………*  *Classe : …………………………*  *Régime : □ externe □ demi-pensionnaire □ interne*  *Boursier : □ OUI □ NON* |

***Partie réservée à l’administration***

*Date de la demande :*

*Décision de la commission du :*

***Revenu Fiscal de Référence :*** *................................*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***RESSOURCES MENSUELLES*** | | ***MONTANT*** |
|  | *Salaire - retraite*  *RSA*  *Indemnité de chômage* |  |
| ***Prestations sociales*** | *Invalidité*  *Allocation d’éducation spéciale*  *Allocation adulte handicapé* |  |
| ***Prestations logement*** | *APL*  *ou allocation logement* |  |
| ***Prestations familiales*** | *Allocation familiales*  *Complément familial*  *PAJE*  *Pension alimentaire*  *Autres* |  |
| ***TOTAL*** | |  |

***IMPORTANT***

***Vous devez impérativement joindre les copies des documents suivants :***

* *Photocopie du dernier avis d’imposition ou non-imposition*
* ***Attestation de paiement de la CAF récente où figure le quotient familial***
* *Si surendettement joindre une copie du dossier*

***Objet de votre demande :***

*Cochez la case correspondante :*

🞎 Demi-pension

🞎 Internat

🞎 Matériel scolaire

🞎 Voyage ou sortie scolaire

🞎 Transport ou abonnement

🞎 Aide alimentaire (bon d’achat)

🞎 Tenue sportive

🞎 Autres : …………………………………………………………………………………………………….

***TOUT DOSSIER INCOMPLET OU MAL RENSEIGNE NE SERA PAS TRAITE***

***Composition de la famille :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *NOM - Prénom* | *Date de naissance* | *Activité professionnelle*  *ou situation scolaire* |
| ***PERE***  *Marié – Séparé*  *Divorcé - Veuf* |  |  |  |
| ***BEAU-PERE*** |  |  |  |
| ***MERE***  *Mariée – Séparée*  *Divorcée – Veuve* |  |  |  |
| ***BELLE-MERE*** |  |  |  |
| *Autres*  *personnes responsables* |  |  |  |
| ***ENFANTS***  *vivant au foyer* |  |  |  |

***Expliquez votre situation et le motif de votre demande :***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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 responsable légal