

**ANNEE SCOLAIRE 20\_\_ – 20\_\_**

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL POUR L'ATTRIBUTION  
D'UNE AIDE SUR LES FRAIS DE SCOLARITE**

**Dossier à déposer à l'Accueil de l'Etablissement  
Sous pli confidentiel / Adressé au Service Comptabilité**

- Enfant(s) inscrit(s) à SAINT-CHARLES :

NOM	PRENOM	CLASSE	REGIME (Externe, Demi-pensionnaire, Pensionnaire)

- Nombre d'enfant(s) non scolarisé(s) à Saint-Charles à charge : \_\_\_\_\_

- Nombre d'enfant(s) non scolarisé(s) à charge : \_\_\_\_\_

- Avez-vous fait un (des) demande(s) de bourse ?

OUI  NON

Si oui, pour qui : \_\_\_\_\_

Montant de la bourse : \_\_\_\_\_

- Etes-vous bénéficiaire de l'Aide à la restauration (Pour les Essonnien) ?

OUI  NON

Si oui, pour qui : \_\_\_\_\_

- Le(s) demandeur(s) :

**Demandeur :**

Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Nature du contrat (CDI, CDD, etc) : \_\_\_\_\_

**Conjoint(e) :**

Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Nature du contrat (CDI, CDD, etc) : \_\_\_\_\_

**Situation familiale :**

Marié(e)  Concubinage  Divorcé(e)

Séparé(e)  Célibataire  Veuf(ve)

SUITE AU DOS →

• **Pièces à fournir :**

- **Lettre de demande d'aide écrite**
- **Avis d'imposition ou de non-imposition de l'année précédente dans sa totalité**
- **Attestation Pôle Emploi (le cas échéant)**
- **Tout autre document qui puisse justifier votre demande**

L'aide financière ne sera accordée qu'à une personne ou famille réglant des frais de scolarité.

Votre dossier sera étudié en commission.

La décision vous sera notifiée par courrier.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.

Dans le cas où le demandeur fournirait de faux renseignements, l'aide sera automatiquement suspendue, le remboursement des sommes dues exigé sous peine d'une mise en contentieux.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_,  
Signature du ou des demandeur(s)

CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT : DECISION DE LA COMMISSION	
<b>COMPTABILITE</b>	Dossier reçu complet le :
	Quotient mensuel / personne :
<b>COMMISSION</b>	Demande d'aide acceptée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui, réduction(s) accordée(s) :
	Si non, motif(s) :

Fait à ATHIS-MONS, le \_\_\_\_\_,  
Signature du Chef d'Etablissement coordinateur