



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE FONDS SOCIAL 2023 - 2024 Formulaire de demande simplifiée

Références : Circulaire N°2017-122 du 22-08-2017

Année scolaire 2023/2024	Date de la demande :
--------------------------	----------------------

Vous sollicitez une aide du fonds social, cette démarche est rapide et simplifiée

1re demande

Renouvellement

NOM :	Prénom	Classe :
-------	--------	----------

Adresse
Téléphone

NATURE DE L'AIDE DEMANDÉE

- Demi-pension / internat
- Transport
- Voyages pédagogiques ou sorties scolaire
- Tenue vestimentaire (sport, professionnel , équipement sportif, artistique etc)
- Bilans médicaux (*neuro-psy, psychomotricité, orthophonie, psychologue, ergothérapeute, etc*)
- Appareillage divers (lunettes, orthodontie, appareillage surdité, prothèse)
- Autres demandes à préciser.....

1. Votre enfant est boursier

<p>BOURSIER: OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/> Voir case 2 ou 3</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Si OUI indiquez le taux</p> <p>Déposez cette demande au : (service désigné par chef établissement)</p>
---	---



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2. Vous êtes au RSA

Bénéficiaire du RSA : OUI <input type="checkbox"/>		Si OUI Fournir votre relevé CAF / Déposez cette fiche + relevé CAF au service d'intendance
NON <input type="checkbox"/>		

3. Si votre enfant n'est pas boursier, si vous n'êtes pas au RSA

Autre situation : OUI <input type="checkbox"/>		Remplir l'annexe de demande de fonds social. Merci de déposer votre demande avec ses pièces justificatives auprès du service d'intendance
NON <input type="checkbox"/>		

Une réponse vous sera apportée après le passage de votre demande devant la commission.

MERCI DE FOURNIR LES JUSTIFICATIFS:

Attestation CAF

Avis imposition ou de non-imposition

RIB

Facture si la demande concerne un remboursement

Fait à, le

Nom prénom :

Signature du demandeur



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DEMANDE DE FONDS SOCIAL 2023 - 2024

Annexe au formulaire de demande simplifiée

Références : Circulaire N°2017-122 du 22-08-2017

Cette fiche est à remplir par la famille uniquement si :

Vous votre enfant n'est pas boursier, si vous n'êtes pas au RSA et si vous rencontrez des difficultés.

Année scolaire 2023/2024	Date de la demande :
--------------------------	----------------------

I – SITUATION DE L'ÉLÈVE

NOM :	Prénom :	Classe :
-------	----------	----------

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone.....

Boursier : OUI NON

II - COMPOSITION ACTUELLE DU FOYER

	Nom-Prénom	Situation professionnelle
Père, beau-père, conjoint, représentant légal		
Mère, belle-mère, conjointe, représentant légal		
Autre personne responsable (tuteur etc...)		

Nombre total de personnes vivant au foyer selon point de charge	
--	--

Motif de la demande :

Cadre réservé à l'administration

Comment calculer le quotient familial (Q.F)

Revenu fiscal de référence : 12 (mois) + prestations mensuelles (hors allocation logement) / (divisé par) 30 jours =
Total divisé par nombre de points de charge.

Calcul du point de charge : Pour un couple = 2

Monoparental = 1,5

+ 1 point par enfant à charge

*Pour rappel : Le seuil de pauvreté est fixé par convention à 60% du niveau de vie médian de la population Il correspond à un revenu disponible de 1 102 € par mois pour une personne vivant seule et de 2314 € pour un couple avec 2 enfants âgés de moins de 14 ans. **Soit 9,66 € par personne et par jour.***



ACADÉMIE D'AIX-MARSEILLE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

III – PIÈCES A JOINDRE

Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.

Photocopie de l'attestation CAF ou MSA avec le quotient familial / relevé prestations familiales.

Attestation sur l'honneur si aucune ressource ni prestation sociale.

IV – NATURE DE L'AIDE DEMANDÉE

Fonds social « cantine » : demi-pension / internat

Demi-pension

Internat

Fonds social hors cantine :

Transport

Matériel scolaire ou professionnel

Équipement sportif

Matériel artistique

Hébergement urgence

Frais/bilans médicaux

Autres

Fait à.....,

le

Nom, prénom du demandeur.....

Signature