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 2023/24	Date de la demande :

I – SITUATION DE L'ÉLEVE

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	

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.***

Bulletin académique n° 948 du 14 novembre 2022

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
☐ Equipement sportif
☐ Matériel artistique
☐ Hébergement urgence
☐ Frais/bilans médicaux
☐ Autres

Fait à....., le .....

Nom, prénom du demandeur.....
Signature