



**COLLEGE MONTHETY**  
 29-31 rue de Monthéty  
 77340 PONTAULT-COMBAULT  
 Standard : 01.64.43.94.94

# FONDS SOCIAL

**DATE DE LA DEMANDE :**

## PARTIE A REMPLIR PAR LA FAMILLE

*Joindre obligatoirement les pièces justificatives indiquées en page 3*

### ELEVE :

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Classe : .....
Externe <input type="checkbox"/>	Bourse <input type="checkbox"/> Echelon : .....
Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/>	Cantinéo <input type="checkbox"/>

### REPRESENTANT LEGAL :

Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Situation familiale (*) : .....	Situation familiale (*) : .....
Depuis le : .....	Depuis le : .....

\*Préciser : célibataire, vie maritale, marié(e), divorcé(e), séparé(e), veuf(ve), pacsé(e)

Adresse : .....

Ville : ..... Département : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....

Courriel : .....

FRERES ET SŒURS OU AUTRES PERSONNES A CHARGE :				
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	Activité professionnelle ou Etab. Scolaire (classe)	Observations

*Observations : Pour les enfants scolarisés ou étudiants, merci de préciser dans le cadre « observations » s'ils bénéficient d'une bourse.*

*Pour les enfants à la recherche d'un emploi, s'ils bénéficient d'une allocation chômage.*

## **RESSOURCES MENSUELLES :**

montant	Demandeur	Conjoint(e)
Revenus, indemnité journalière, retraite, indemnité chômage		
Prestations familiales		
Autres ressources (pension alimentaire,...)		
<b>TOTAL</b>		

## **CHARGES MENSUELLES :**

montant	Demandeur	Conjoint(e)
Loyer / mensualité de crédit résidence principale		
Viabilisation (eau, électricité, chauffage,...)		
Téléphonie		
Abonnements (TV, autres, ...)		
Autres		
<b>TOTAL</b>		

## **AIDE DEMANDEE :**

**DEMI-PENSION** (*l'intendance pourra demander un chèque ou des espèces à titre de caution en attendant la décision de la commission*)

**MATERIEL SCOLAIRE** (*préciser*)

**AUTRES** (*préciser*)

**IMPORTANT** : fournir selon le cas les justificatifs (facture, devis, référence des livres ou du matériel demandé et leurs prix, ...).



**PARTIE A REMPLIR PAR L'ÉTABLISSEMENT**

Revenu annuel imposable (A)	
Prestations familiales (sauf allocation logement) (B)	
Nombre de points de charge (C) Couple = 2 pts Personne isolée = 1.5 pts Par enfant = 1 pt	
<b>Quotient familial journalier</b> = $(1/12 A + B)/30 \times$ nombre de points de charge	

**AIDES ANTERIEURES :**

Date	Nature de l'aide	Montant

**Avis de la commission :**

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

**Proposition du chef d'établissement :**

**Décision de la commission :**