

**Demande de FONDS SOCIAL des CANTINES & COLLÉGIEN**

Rue Champlain – BP 269  
85007 LA ROCHE S/YON Cdx

Service GESTION  
☎ 02.51.36.21.90

RESPONSABLE(S) LEGAL et FINANCIER :		
NOM(S) Prénom(s)	ADRESSE POSTALE Téléphone - Email	Activité(s) Professionnelle(s)

**SITUATION FAMILIALE :**

Célibataire    Marié/Pacsé    Veuf(ve)    Divorcé(e)    Séparé(e)    Vie maritale    Garde alternée.

ÉLÈVE(S) CONCERNÉ(S) :					
NOM(S) Prénom(s)	Date de naissance	Classe	Régime	Bourse(s)	
					Echelon
			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**ADRESSE de l'élève** (si différente de celle des responsables légaux) :

AUTRE(S) PERSONNE(S) à CHARGE :			
NOM(S) Prénom(s)	Date de naissance	Scolarité ou Activité	Bourses, Allocations Chômage, Revenus

**NATURE DE L'AIDE DEMANDEE :**

- FRAIS de DEMI PENSION  TRANSPORT SCOLAIRE
- VOYAGE SCOLAIRE à .....
- MATÉRIEL SCOLAIRE (préciser).....
- FRAIS DIVERS liés à la scolarité (préciser) .....

**IMPORTANT, fournir selon le cas :**

*Facture(s), devis, référence(s) du(es) livre(s) ou des matériels demandés et leurs prix.*

**Expliquez votre situation** et le motif de votre demande (ou joindre un courrier) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

- Avis d'imposition ou de non-imposition de l'année en cours.
  - Attestation de paiement des prestations CAF ou MSA, indiquant votre QUOTIENT FAMILIAL.
- ⇒ Vous pouvez ajouter tout document destiné à justifier la 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.

DATE de la demande

**Signature** du responsable légal

**Le**

CADRE réservé à l'ADMINISTRATION		
AVIS	MONTANT de l'AIDE	RESTE à CHARGE
<input type="checkbox"/> Favorable		
<input type="checkbox"/> Défavorable		