AIDE FINANCIÈRE EXCEPTIONNELLE COVID-19 Action Sociale

ENFANT(S) SCOLARISÉ(S)

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Classe : Établissement scolaire :

DEMANDEUR AYANT À CHARGE L'ENFANT

Mère Père Les 2 Détenteur de l'autorité parentale

Nom : Prénom :

Adresse de domicile :

Ville : Code postal : [][][][][][]

Fixe : [][][][][][][][][][][][][] Mobile : [][][][][][][][][][][][][]

Courriel :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) En concubinage Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre de Personnes à charge : [][][]

SITUATION FINANCIÈRE

Bénéficiez-vous de minimas sociaux ? (Rsa, CMU-C ou Complémentaire Santé Solidaire, Prime d'activité, période de chômage dans les 6 derniers mois, ...): Oui Non

La situation liée au COVID 19 impacte-t-elle vos revenus ? Oui Non

Exercez-vous une activité professionnelle ? Oui Non

Avez vous une cessation totale ou partiel d'activité ? Oui Non

Avez vous une perte de revenu provisoire ? Oui Non

Pièces justificatives à joindre :

- RIB personnel
- Dernier avis d'imposition (accessible sur l'espace fiscal personnel <https://www.impots.gouv.fr/portail/>)

En signant ce document, j'accepte que les informations recueillies me concernant soient conservées, et envoyées aux chefs d'établissements et aux gestionnaires dans le cadre du traitement de mon dossier.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Quotient Familial (revenu net imposable ÷ nombre de parts) :

Situation impactée par le COVID 19 : Oui Non

Avis favorable du SSFE : Oui Non

Proposition du montant de l'aide accordée : 50 euros 80 euros autre montant :

Accord du chef d'établissement : Oui Non