



## 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'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.***



**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