Lycée Les Haberges Vesoul 1 rue Dr J-G Girard 70 000 VESOUL 03.84.97.17.20 ce.0701052n@ac-besancon.fr Année scolaire :
Date demande de renouvellement :
Dossier retourné le :
N° de dossier :

FONDS SOCIAL LYCEEN

Renouvellement de demande

Elève(s) concerné (s):

o: Voyage:

| Nom / Prenom | naissance | Classe | interne | |
|--|-------------|--------------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Mme / M | | | | ••••• |
| Adresse : | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| NATURE DE L'AIDE DEMANDEE | | | | |
| Je sollicite une aide du fonds social pour le règlement des dépenses suivantes : | | | | |
| o : Demi-pension : | o : Matérie | l (préciser) | | |
| | | | | |
| | | | | |
| o : Internat : | o : Autres | | | |
| | | | | |

| Expliquez votre situation et le motif de votre demande : |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| ☐ J'atteste que mes revenus sont identiques à ceux déclarés lors de ma précédente demande. |
| ου |
| Mes ressources mensuelles ont subi des modifications depuis ma précédente demande. Merci de préciser et de joindre les justificatifs : |
| Signature du responsable légal |
| |

Partie réservée à l'administration

Si modifications des ressources calcul du quotient familial :

| Revenu brut global | |
|--|--|
| Par mois | |
| Prestations familiales (hors aide au logement) | |
| Mensualités du plan de surendettement | |
| TOTAL | |
| Nombre de personnes vivant au foyer | |
| Calcul du Q.F. / jour | |