***DOCUMENTS A FOURNIR AU DOSSIER***

**LYCÉE GEORGES COLOMB**

**1 Rue Georges Colomb 70200 LURE**

 **03 84 89 03 80**

## Situation ordinaire :

* Dernier avis d'imposition ou de non-imposition)
* Dernier relevé des prestations familiales

***Dossier de Fonds Social Lycéen***

## Difficultés passagères :

* Fournir tous les justificatifs correspondant à la nouvelle situation sur les 3 derniers mois (bulletins de salaire, ASSEDIC, indemnités journalières, retraites, etc…)

## Situation de surendettement :

Le plan de surendettement de la Banque de France, ou, à défaut, tous les justificatifs de charge de dette.

***Attention : tout dossier incomplet ne pourra pas être étudié***

***Remis complet le :*** *………………*

*Nom et Prénom de l'élève* …………………………………………….

*Classe* ……………… *Date de naissance* ……………….......

*Régime …*………………………………………………………………………......

*Objet de la demande* ……………………………………………………...

Date Signature du (des) demandeur(s)

# DOSSIER A RETOURNER IMPÉRATIVEMENT A L'INFIRMERIE

**Année scolaire 2025/2026**

## Parents ou responsables de l'élève :

**NE PAS REMPLIR CETTE PARTIE**

**Nom - Prénom Profession**

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

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

Adresse : ...................................................................................................................................................

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

 ..................................................................

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

## Autres enfants

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Date de naissance** | **Etablissement scolaire et classe ou activité** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Autres personnes à charge :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Date de naissance** | **Lien de parenté** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## Objet de la demande :

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

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

# QUOTIENT FAMILIAL

|  |  |
| --- | --- |
| Revenu brut global annuel |  |
| Revenu brut global mensuel |  |
| Prestations familiales |  |
| **TOTAL MENSUEL** |  |
| Nombre de personnes |  |
| Points de charge |  |
| **Quotient familial** |  |

**DÉCISION DE LA COMMISSION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Date | Nature de l'aide | Avis |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |