



ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES
PUPILLES DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC
Maison de l'Education
7, avenue Jean Marie Verne
01000 BOURG EN BRESSE
Tel : 04 74 23 71 09 FAX : 04 74 24 65 53
Mail : siegepep01@lespep01.org
[www.lespep01.org/structure/les-aides-solidaires-
aux-eleves/](http://www.lespep01.org/structure/les-aides-solidaires-aux-eleves/)

DOSSIER N°

Reçu le :

DEMANDE D'AIDE

CACHET DE L'ETABLISSEMENT

TEL :

FAX :

MAIL :

AIDE DEMANDÉE

RESTAURANT
SCOLAIRE

☐

VOYAGE SCOLAIRE
(avec nuitées)

☐

URGENCE

☐

Nom et Prénom de l'élève (ou des élèves) pour lequel (ou lesquels) une aide est sollicitée	Classe fréquentée

RAPPEL : Les aides accordées proviennent de la redistribution des dons collectés chaque année par les PEP 01 auprès des établissements, des enseignants, des élèves, des familles, ainsi que des amis de l'Ecole Publique.
Les PEP ne sont pas un service administratif octroyant automatiquement une aide.

☐ AIDE RESTAURANT SCOLAIRE

Tarif ½ pension par trimestre :€ ou prix du repas :€

Nombre de repas demandés à partir de ce jour :

Y a-t-il une dette au restaurant scolaire : ☐ OUI € ☐ NON

Commentaire particulier :

.....

.....

☐ AIDE VOYAGE SCOLAIRE (avec nuitées)

Nous sollicitons une aide des PEP d'un montant de € pour que l'élève puisse participer au voyage à (lieu).....duau

sachant que le coût du séjour par élève est de€ et que le montant demandé à la famille de€.

Commentaire particulier :

.....

.....

Autres financeurs (FSE, fonds social, Mairie, Fédération de parents d'élèves...) :

.....

.....

(à remplir par l'enseignant organisateur)

Objectifs pédagogiques :

.....

.....
Signature du professeur organisateur :

Signature du professeur organisateur :

☐ AIDE D'URGENCE

Montant de l'aide demandée : €

Motif de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SITUATION FAMILIALE

Adresse de la famille :

Téléphone :

Composition du **FOYER** :

Responsable légal 1 : Situation professionnelle :

Responsable légal 2 : Situation professionnelle :

Autre responsable : Situation professionnelle :

Nombre d'enfants à charge :

Prénom de chaque enfant	Age	Situation professionnelle (s'il y a lieu)	Revenu mensuel	Vit-il chez ses Parents ?	Observations (établissement fréquenté, etc...)

Situation de la famille - informations complémentaires :

.....

.....

.....

RECAPITULATIF DES RESSOURCES NETTES MENSUELLES

Ressources provenant du travail du responsable légal 1 → €

Ressources provenant du travail du responsable légal → €

Allocations de chômage → €

Indemnités de maladie → €

Prestations Caisse d'Allocations Familiales → €

Pensions alimentaires → €

Aides diverses (préciser) → €

TOTAL : €

Nota : l'APL ou l'allocation logement ne sont pas à prendre en compte

QUOTIENT FAMILIAL CAF :

Je soussigné(e), responsable légal, atteste sur l'honneur de la véracité des informations fournies.

Signature :

Joindre OBLIGATOIREMENT pour chaque membre du foyer une photocopie:

- des 2 derniers bulletins de salaire ou du dernier avis d'imposition
- de l'attestation de paiement de la CAF la plus récente faisant apparaître le détail des prestations versées et le Quotient Familial (QF)
- des justificatifs des autres ressources (indemnités maladie, pension alimentaire...)

PROPOSITION ET AVIS DE L'INSTRUCTEUR DU DOSSIER

Justifier la demande d'aide et apporter tous les éléments permettant à la Commission Départementale d'arrêter sa décision :

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

Nom et fonction du signataire :

Signature :

AVIS DU DIRECTEUR(TRICE) D'ECOLE

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

Nom du signataire :

Signature :

Veillez indiquer à quel ordre le règlement doit être effectué (joindre un RIB) :

Cadre réservé aux PEP 01

DECISION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE

Date de la décision :Notifiée le :

QF : Nombre de dixièmes :

Avis : FAVORABLE — DEFAVORABLE

Montant de l'aide accordée :

1er enfant :

2ème enfant :

3ème enfant :

4ème enfant :

Commentaire particulier :

.....