



FORMULAIRE
2021 / 2022
Selon disponibilités
financières

Demande à retourner à :

Les PEP19 – Service Solidarité Scolarité Citoyenneté
23, Rue Aimé Audubert - BP 23 - 19001 TULLE CEDEX
Tel : **05.19.59.10.11** / **05.55.20.01.41**
Courriel: **solidarite@lespep19.org**

Cadre réservé aux PEP19 :

N° d'enregistrement : QF :
Date de la Commission :

Vacances **ALSH**

Toute demande devra être retournée aux PEP, au plus tard,
15 jours avant la fermeture de l'établissement scolaire.

DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE

Etablissement demandeur

- Ecole Maternelle Ecole Élémentaire Ecole Primaire
 Collège Lycée Autre RPI :

Nom :
Adresse :
CP : Ville :
Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Mail :
Enseignant : Classe de l'élève :

Elève ou Usager

NOM – Prénom(s) :
Adresse :
CP : Ville :
Situation : Couple Mère seule Père seul Nombre d'enfants à charge :
NOM – Prénom: Mère : Profession :
NOM – Prénom: Père : Profession :

NB : Les PEP19 n'interviennent qu'en dernier ressort, dans le cadre d'un plafond, et ne sauraient financer la totalité du reste à charge des familles, d'où l'importance de nous faire connaître tous les montants des aides accordées

Vacances

Lieu
Département
Organisme
Dates : Du Au

ALSH

Centre
Adresse
Durée
Prix€/jour

Financement (OBLIGATOIRE)

Coût du Séjour Avant déduction des Aides€	Coopérative Scolaire€
Aide du Conseil Départemental€	Aide Organismes Sociaux (CAF, MSA...)€
Aide de la Commune€	Autres Aides (CE...)€
RESTE REEL A CHARGE DE LA FAMILLE€	AIDE PEP SOLLICITEE€

Compte à Créditer (joindre RIB).....
(Aucun règlement ne sera établi à l'ordre des familles)

Les Aides accordées par les PEP19, ne pourraient exister sans le geste de la Solidarité des Ecoles et des Etablissements du second degré. En effet, le financement de ces aides est assuré par la redistribution des fonds collectés par ces derniers au cours de l'année scolaire (cotisations et souscription) Un grand merci à eux, à vous !

Situation familiale (OBLIGATOIRE)

Ressources		Charges	
Salaire	€/mois	Frais de Scolarité (repas, hébergement)	€/mois
Pôle Emploi	€/mois	Loyer	€/mois
Indemnités Journalières	€/mois	Eau	€/mois
Prestations Sociales - APL	€/mois	Electricité	€/mois
AF	€/mois	Chauffage	€/mois
AAH	€/mois	Téléphone	€/mois
RSA	€/mois	Assurances	€/mois
CF	€/mois	Mutuelle	€/mois
ASF	€/mois	Surendettement	€/mois
Prime d'Activité	€/mois	Pension Alimentaire	€/mois
Pension Alimentaire	€/mois	Crédit (à préciser)	€/mois
Autres (à préciser) :	€/mois	Autres (à préciser) :	€/mois
TOTAL RESSOURCES :	€/mois	TOTAL CHARGES :	€/mois

**Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du
DERNIER AVIS D'IMPOSITION SUR LE REVENU et de l'ATTESTATION CAF**

L'exposé de la Situation (OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e)
.....

certifie l'exactitude des
renseignements ci-dessus.

Fait à

Le

Signature

Avis daté du Service Social

(RECOMMANDE)

Cachet et Signature

Avis daté du Directeur/Chef
d'Etablissement **(INDISPENSABLE)**

Cachet et Signature

 : ____/____/____/____/____

 : ____/____/____/____/____