



Demande de tarif – demi-pension

Rentrée 2019-2020

A REMPLIR PAR LA FAMILLE OU TUTEUR LEGAL

Nom et prénom du représentant légal* : (hormis pour les enfants pris en charge par l'ASE) :

MONSIEUR MADAME _____

Adresse complète : _____

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

Tél domicile : / / / / Portable : / / / /

Adresse Mail : _____ @ _____

j'ai effectué mon calcul, je suis au tarif maximum et je ne souhaite pas transmettre les informations :

Je coche :

Je suis famille d'accueil ou centre d'accueil pour enfants ase : Tarif unique 3,40

Nom de la famille ou de la structure : _____

Je suis allocataire caf ou msa :

JOINDRE attestation de paiement CAF de moins de 3 mois (mentionnant le nom, la date de naissance de l'enfant et le quotient familial)

N° Allocataire CAF* : _____

Code postal résidence* : _____

Ou pour allocataire MSA : Joindre les copies attestation de paiement MSA, copie avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 et le(s) livret(s) de famille du foyer*

Je ne suis ni allocataire caf ni allocataire msa :

Joindre copie avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 et le(s) livret(s) de famille du foyer*

Je suis demandeur d'asile :

Joindre l'attestation de demandeur d'asile*

Je suis fonctionnaire international en France :

Joindre l'attestation nominative de l'employeur des membres du foyer et les revenus annuels*

Si garde alternée avec partage des frais de scolarité :

NOM DE L'AUTRE PARENT : _____

N° de l'enfant concerné : _____

Joindre la copie complète du jugement de divorce précisant la prise en charge ou non des frais scolaires de l'enfant ou attestation signée des deux parents si entente sans jugement

Faire un dossier de demande de tarif pour chacun des parents si partage des frais de scolarité

N°	Nom du collégien	Prénom	Date de naissance	Classe	Ecole	Ville de l'école
1						
2						
3						
4						

Je certifie conformes les informations indiquées ci-dessus

Date et signature du représentant légal* :