

**DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE AUX FAMILLES**  
**DOSSIER FAMILLE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

**COMMENT REMPLIR LE DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE AUX FAMILLES ?**

*Préambule :*

Le dossier de demande d'aide aux familles est à remplir par la famille.

**La date limite d'envoi par l'établissement à SCOLIDARITE est fixée cette année au 6 janvier 2025 .**

**Au-delà de cette échéance, SCOLIDARITE ne prendra pas en considération les dossiers réceptionnés.**

Les aides aux familles sont réservées aux établissements à jour de leurs cotisations.

**LES DOSSIERS MAL RENSEIGNES NE SERONT NI TRAITES NI RETOURNES.**

Les quelques recommandations qui suivent ont pour objet de sensibiliser les familles sur le nombre de demandes à traiter et sur la volonté de la commission d'aider des familles en difficulté avec des dossiers correctement renseignés.

Informations complémentaires par rubriques :

**1 L'ELEVE ET SA FAMILLE :**

Cette rubrique a pour but de connaître l'environnement familial, social, économique de(s) enfant(s) scolarisé(s). Elle est primordiale pour l'attribution d'une éventuelle aide aux familles.

**TOUTES LES RESSOURCES MENSUELLES DU MOIS D'OCTOBRE 2024 sont à mentionner.**

Si les informations sont incomplètes (plusieurs cases à remplir puis à additionner) le dossier ne pourra être traité.

**2 INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET SIGNATURE DE LA FAMILLE**

Cette rubrique constitue une **aide importante et déterminante** à l'attribution d'une aide aux familles.

**3 PIECES A FOURNIR :**

Elles sont déterminantes pour l'étude de la demande.

Les documents doivent correspondre à l'année et au mois demandé :

- Photocopie des feuilles de paie **du mois d'octobre 2024,**
- Photocopie du bordereau de la Caisse d'allocations familiales pour **toutes** les allocations accordées en **octobre 2024,**
- Photocopie des indemnités chômage de France-travail **du mois d'octobre 2024,**
- Photocopie des indemnités de l'assurance maladie **du mois d'octobre 2024,**
- Photocopie des pensions de retraite, **année 2024,**
- Photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition ou avis de restitution d'impôts adressés par les services fiscaux au cours de l'**année 2024,** (revenus de l'année 2023).

**NB : un seul dossier est à établir par famille.**

Cas particuliers

Parents séparés ou divorcés	Extrait du jugement, de l'ordonnance de non-conciliation ou autre document
Parents élevant seul un ou des enfants	Déclaration sur l'honneur précisant la situation de famille
Conjoint en longue maladie ou en congé longue durée	Déclaration sur l'honneur précisant la situation du conjoint
Ascendant à charge atteint d'une infirmité ou d'une maladie grave	Déclaration sur l'honneur précisant la situation de l'ascendant
Perte de revenus suite à Chômage, liquidation judiciaire de l'entreprise du parent	Relevé France travail de moins de 3 mois
Arrêt de l'activité professionnelle (professions libérales)	Copies des documents administratifs (tribunal de commerce, radiation à l'URSSAF)
Autres situations concernant l'enfant(s)	Pièces justificatives à joindre



277 rue Saint Jacques  
75005 PARIS

**DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE AUX FAMILLES  
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025  
A REMPLIR PAR LA FAMILLE**

Nom de l'établissement

Ville

**1. LA FAMILLE**

NOM DES PARENTS :

NOM DE L'ELEVE :

**Les enfants scolarisés dans l'établissement**

NOM	Prénom	Classe

**Les enfants scolarisés dans un autre établissement de l'enseignement catholique**

NOM et Prénom	Etablissement	Classe

**Aide apportée par SCOLIDARITE au cours des trois dernières années :**

**oui                  non**

**2. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

.....

.....

.....

<p><b>Les parents, signataires de la présente demande, disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de SCOLIDARITE « Service des Aides Aux Familles » 277 rue Saint Jacques 75005 PARIS (Loi du 06 janvier 1978, modifiée le 18 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).</b></p>
--

### 3. L'ELEVE ET SA FAMILLE

A compléter selon votre situation par une croix

La situation familiale

1 enfant à charge	
2 enfants à charge	
3 enfants à charge	
4 enfants à charge	
5 enfants à charge	
Au delà de 5 enfants à charge	
Ascendant à charge atteint d'une infirmité ou maladie grave	
Père, mère ou tuteur légal élevant seul un ou plusieurs enfants	
Père et mère tous deux salariés	
Parents en longue maladie ou en congé longue durée (accident)	
Enfant au foyer atteint d'une infirmité permanente n'ouvrant pas droit à l'allocation d'éducation spéciale	
Elève boursier	
Scolarité suivie en internat	
Autres situations concernant l'enfant (pièces à fournir)	

#### Perte de revenus des parents suite à :

Séparation récente des parents	Date	
--------------------------------	------	--

	Date	Mère	Père
--	------	------	------

#### Tuteur légal

Chômage (licenciement économique)				
Liquidation judiciaire de l'entreprise				
Arrêt de l'activité (profession libérale)				
Parent en longue maladie				

#### Les ressources mensuelles du mois d'octobre 2024 :

Salaires (photocopie des bulletins de paie)		€
Allocations toutes confondues (photocopie de la CAF)		€
Indemnités chômage (photocopie) de France-travail		€
Indemnités assurance-maladie		€
Pensions alimentaires		€
Retraites et rentes, revenus des professions non salariées		€
Revenus immobiliers et fonciers		€
<b>TOTAL MENSUEL</b>		€

**N.B.** Si les informations sont incomplètes, le dossier ne pourra être traité.

A

Le

Signature des parents

**PROCURATION**  
**PAIEMENT DES AIDES AUX FAMILLES**  
**Année scolaire 2024-2025**

**Etablissement (1)**

.....

**Je, soussigné(e) (Nom et Prénoms)**

.....

.....

**Agissant en tant que (2) :** père        Mère        Représentant légal de l'enfant   

**Votre adresse :**

.....

.....

**Code postal :** .....    **Commune :** .....

**Autorise (3) :** .....

Agissant en tant que chef de l'établissement indiqué ci-dessus :

1.    **à percevoir, en mon nom, le montant de l'aide aux familles**  
à (mon fils) (ma fille) (4) : NOM et Prénom : .....  
élève de cet établissement en classe de : .....  
Pour l'année scolaire 2024-2025
  
2.    à donner décharge de cette somme au Trésorier de SCOLIDARITE qui versera au  
compte de l'établissement la somme correspondante à l'aide attribuée aux familles.

A ..... Le .....

A ..... Le .....

Signature des parents

Signature du chef d'établissement

- (1) Nom et adresse exacte de l'établissement
- (2) Cocher la case correspondante
- (3) Nom du chef d'établissement
- (4) Rayer la mention inutile