



Formations Paramédicales, Sociales et Santé
FICHE COMPLEMENTAIRE DE SITUATION FAMILIALE 2019/2020

Dépts : 14-27-50-61-76

Pour rappel : **Exonération des frais de gestion de 5 €**

NOM : Prénom : N° INE/BEA/INES :

Adresse : Tél :

1) Votre situation familiale :

- Célibataire Concubinage Veuf(ve) (date :/...../.....)*
- Marié(e) ou pacsé(e) (date :/...../.....) Divorcé(e) (date :/...../.....)*
- Vous élevez seul(e) 1 ou plusieurs enfants, nombre d'enfants : _____
- Bénéficiez-vous du soutien familial ? Si oui, **fournir l'attestation.**

2) Formation réalisée : En formation initiale En formation continue (= financée par l'employeur)

Rentrée en SEPTEMBRE 19/20 ou FEVRIER 2020 (gestion 19/20)

Etablissement : Lieu :

3) Evaluation du critère d'indépendance financière (hors pension(s) alimentaire(s) perçue(s)) :

- Avez-vous 1 avis d'imposition personnel ? Oui* Non
- Avez-vous 1 avis d'imposition commun (couples mariés ou pacsés) ? Oui* Non
- Avez-vous un logement indépendant de celui des parents ? Oui* Non

4) Etes-vous inscrit à Pôle Emploi* ? Oui * Non

Si oui, percevez-vous une indemnité ? (ARE, AREF, ASS ...) Oui * Non *

Justificatif à fournir IMPERATIVEMENT

Date de fin de l'indemnisation * :/...../..... (**Important** : un droit partiel peut vous être accordé)

En cas de décision rétroactive d'attribution d'ARE, nous fournir le document dès réception

5) Bénéficiez-vous d'une allocation d'études versée par un établissement hospitalier ou par un fonds de formation **HORS CONSEIL REGIONAL** ? Oui Non

Si oui, est-elle assortie d'une obligation de servir ? Oui* Non

6) Votre formation est-elle financée* par votre employeur (ex : CIF) ou par un autre organisme **HORS CONSEIL REGIONAL** ? Oui Non

Si oui, Précisez l'organisme qui prend en charge la formation :

7) Si vous suivez une formation incomplète*, précisez les dates :

Date de rentrée :/...../..... Date de fin :/...../.....

Nombres de semaines de cours et stages pratiques :

8) Si vous avez redoublé durant votre formation, veuillez préciser les années concernées

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés

Fait à le

Signature

***JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS**