

# DEMANDE DE CONCESSION DE BOURSE SCOLAIRE

## ADOSM 24 rue de Presles 75015 PARIS

ANNEE SCOLAIRE : 2016-2017

DATE LIMITE D'ENVOI : 31 octobre 2016

Merci de renvoyer le dossier le plus rapidement possible, au **format A3**

PROVENANCE :

ADOSM BREST  P.M.A.S.   
 ADOSM PARIS  E.S.I.A.   
 ADOSM TOULON  DLAS   
 AUTRE

CATEGORIE :

GMPA 1<sup>ère</sup> DEMANDE RENOUVELLEMENT 

Montant de la Bourse accordée par l'ADOSM en 2015-2016

Bourse :  Complément de Bourse :  Allocation Exceptionnelle :

### Cadre réservé à l'ADOSM

A.B. :                      B. :                      C.B. :                      B.M. :                      A.E. :  
 Commentaires :

## 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(LA) CANDIDAT(E) : Destinataire de la bourse

### 1.1. – Renseignements d'état-civil

NOM :

Prénom :

Tél :

Date et lieu de naissance :

Adresse mél :

Adresse du candidat :

Bénéficiez-vous d'une mutuelle : OUI  NON 

Nom et n° d'adhérent :

### 1.2. – Renseignements relatifs aux études

Année scolaire 2015-2016 :

Année scolaire 2016-2017 :

- Classe :

- Classe :

Détails des frais de scolarité prévus :	Coût estimé	€
- Inscription		
- Scolarité		
- Livres, matériel et fournitures scolaires		
- Repas		
- Transport		
- Hébergement		
- Stage		
- Autres :		
<b>Total des dépenses annuelles relatives à la scolarité :</b>		<b>€</b>

## 2. REPRESENTANT LEGAL

NOM Prénom :

Degré de parenté :

Tél :

Profession :

Adresse mél :

Adresse :

#### 4. SITUATION FAMILIALE DES PARENTS DU CANDIDAT

SITUATION FAMILIALE	Père	Mère
NOM NOM DE JEUNE FILLE SUIVI DU NOM D'EPOUSE		
PRENOMS		
DATE DE NAISSANCE		
LIEU DE NAISSANCE		
SITUATION PROFESSIONNELLE (emploi, retraite, chômage...)		
NOM DE L'EMPLOYEUR		
<b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ACTIVITE MARINE</b>	<b>A compléter obligatoirement pour le ressortissant.</b> A compléter éventuellement par le conjoint s'il était concerné	
<b>DATE DE DEBUT D'ACTIVITE DANS LA MARINE (secteur militaire ou civil)</b>		
<b>DERNIERE AFFECTATION (Employeur et service d'origine)</b>		
<b>DERNIER GRADE OU EMPLOI</b>		
<b>DATE DE FIN D'ACTIVITE DANS LA MARINE (secteur militaire ou civil)</b>		
<b>NOMBRE D'ANNEES D'ACTIVITE HORS MARINE</b>		
<b>EN CAS DE DECES</b>		
- Date		
- Survenu en activité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Survenu en retraite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Cause imputable au service	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>EN CAS D'INVALIDITE</b>		
- Date d'attribution		
- Taux d'invalidité		
- Survenu en activité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Survenu en retraite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
- Cause imputable au service	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

NOMS de tous les enfants <u>A CHARGE</u> du ressortissant	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (1)	CLASSE SUIVIE	<u>MONTANT</u> <u>BOURSES DE L'ANNEE</u> <u>PRECEDEENTE</u>

NOMS des autres enfants et personnes <u>A CHARGE</u>	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	PARENTE	INFIRMITE TAUX D'INCAPACITE	AUTRES SITUATIONS (1)

(1) scolarisé, maladie, infirmité permanente, apprentissage, recherche d'emploi, chômage, etc...

**5. DECLARATION DES RESSOURCES ANNUELLES 2015 DES PERSONNES VIVANT AU FOYER DU CANDIDAT**

**Il est impératif de joindre les justificatifs demandés sur la feuille jointe.**

	Père, beau-père, tuteur	Mère, belle-mère, tutrice	Personnes à charge	Totaux
Salaire, formation rémunérée, chômage, RSA,...				€
Pension de retraite				€
Pension de réversion				€
Pension militaire de guerre non imposable				€
PTO (Pension Temporaire d'Orphelin)				€
Pension militaire d'invalidité				€
Pension civile d'invalidité				€
Rente accident du travail non imposable				€
Pension alimentaire				€
Revenus des professions non salariées :				€
- Agricoles				€
- industriels et commerciaux				€
- non commerciaux				€
Revenus fonciers et immobiliers				€
Revenus des capitaux et valeurs mobilières				€
Prestations familiales				€
Allocation logement familial (pas de l'étudiant)				€
Bourses obtenues en 2016-2017 (si elles ne sont pas encore connues : 2015-2016) - Éducation Nationale - Départementale - Ailes Brisées - Autres (A.E.N., Prestation Education...)				
Autres revenus				€
<b>Total</b>				€

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements contenus dans la présente déclaration

A

le

**Signature**

**CADRE RESERVE A L'ADOSM**

- <b>FRAIS</b> :	- <b>QUOTIENT FAMILIAL</b> :	- Plafond :
- <b>TOTAL</b> :	- <b>NOMBRE DE PARTS</b> :	- Montant part :
- <b>NOMBRE DE POINTS</b> :	- <b>ELOIGNEMENT</b> :	- <b>BOURSE</b> :

## EVALUATION DE LA SITUATION SOCIALE

Merci d'indiquer VOS COORDONNEES qui nous sont TRES UTILES.

<b>NOM de l'assistante sociale :</b> <b>Téléphone :</b> <b>Adresse (ou cachet) :</b>	<b>Date :</b> <b>Signature :</b>
<b>Visa du conseiller technique d'encadrement</b>  <b>Date et signature :</b>	<b>Proposition du chef de PMAS, du Directeur local de l'action sociale Gendarmerie ou du chef de l'ESIA</b>
<hr/> <b>AVIS DE LA C.A.S.D. ou de la C.T.D.</b>  <b>Date et signature :</b>	<b>Date et signature :</b>

Les informations ci-dessus font l'objet d'une saisie informatique et d'un traitement automatisé d'informations nominatives. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, ce traitement a été déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.