école supérieure du digital

# Dossier de demande de bourse*

*REMISE SUR LES FRAIS DE SCOLARITÉ FINANCÉE PAR L'ÉCOLE

**PIÈCES À JOINDRE**

- Courrier d'intention
- Bulletins scolaires de l'année en cours
- Dernier avis d'imposition des parents
- Copie du prêt pour les étudiants concernés
- Copie carte d'identité (pour les étrangers copie du visa ou de la carte de séjour valide)
- Attestation d'éligibilité au CROUS (si vous êtes éligible à une bourse)

Veuillez compléter ce formulaire en lettres capitales d'imprimerie. La demande ne sera prise en compte qu'après réception par l'école à laquelle l'étudiant(e) est inscrit(e) du présent document rempli et signé, accompagné des différentes pièces demandées pour le dossier, ainsi qu'à réception du dossier de réinscription 2023-2024 et du versement de l'acompte.

**DATE LIMITE DE DÉPÔT : 30 JUIN 2023**
Toute demande parvenue après cette date ne sera pas traitée.

## INFORMATIONS

NOM : PRÉNOM(S) :

## L'ÉTUDIANT

NOM : ADRESSE :

PRÉNOM(S) : VILLE : CODE POSTAL :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ(E) ☐ CÉLIBATAIRE PAYS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : TÉLÉPHONE :

NATIONALITÉ : E-MAIL :

HORS UE N° DE CARTE DE SÉJOUR : DATE DE VALIDITÉ :

## LA MÈRE

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉE ☐ DIVORCÉE ☐ CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : EMAIL :

RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON

## LE PÈRE

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ ☐ DIVORCÉ ☐ CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : EMAIL :

RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON

## LE RESPONSABLE FINANCIER (s'il ne s'agit ni du père, ni de la mère)

**ATTENTION, CE CHAMP EST À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE REPONSABLE FINANCIER N'EST NI LE PÈRE, NI LA MÈRE**

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : EMAIL :

## SITUATION

### CHARGES DE LA FAMILLE

AUTRE ENFANT À CHARGE DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

AUTRE ENFANT À CHARGE HORS ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

PÈRE OU MÈRE ÉLEVANT SEUL(E) UN OU PLUSIEURS ENFANTS : ☐ OUI ☐ NON

### CHARGES DE L'ÉTUDIANT

ÉLOIGNEMENT DU DOMICILE FAMILIAL HABITUEL : ☐ 0 À 100 KM ☐ 100 À 250 KM ☐ 250 KM ET +

ÉTUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP : ☐ OUI ☐ NON

ÉTUDIANT CÉLIBATAIRE OU MARIÉ ÉLEVANT UN OU PLUSIEURS ENFANTS : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

ÉTUDIANT AYANT SOUSCRIT À UN OU PLUSIEURS PRÊTS ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

MONTANT(S) : DATE DE SOUSCRIPTION : DURÉE DU PRÊT :

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet de la demande ou le retrait de toute aide. Je m'engage à suivre à plein temps les cours et à participer à tous les bilans de l'année scolaire.

DATE :

| L'ÉTUDIANT | LE RESPONSABLE FINANCIER |
|---|---|
| Signature précédée de la mention «Lu et approuvé» | Signature précédée de la mention «Lu et approuvé» |