

## 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 d'écran de la simulation de bourses du CROUS : <https://www.lescrous.fr/nos-services/simulateur-de-bourse/>
- Copie du prêt pour les étudiants concernés
- Copie carte d'identité (pour les étrangers copie du visa ou de la carte de séjour valide)

Veillez 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 2024-2025 et du versement de l'acompte.

**DATE LIMITE DE DÉPÔT : 30 JUIN 2024**  
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 :

### RESPONSABLE 1

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

### RESPONSABLE 2

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 responsable 1, ni du responsable 2)

ATTENTION, CE CHAMP EST À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE RESPONSABLE FINANCIER N'EST NI LE RESPONSABLE 1, NI LE RESPONSABLE 2

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 :
PARENT 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

Signature précédée de la mention  
«Lu et approuvé»

LE RESPONSABLE FINANCIER

Signature précédée de la mention  
«Lu et approuvé»