

# **Demande de prise en charge des FRAIS DE SCOLARITE**

**pour les élèves français scolarisés dans les classes de Seconde, Première ou Terminale**

**dans un établissement d'enseignement français à l'étranger**

(ne concerne que les familles n'ayant pas présenté de demande de bourses scolaires car toute demande de bourses scolaires déposée vaut demande de prise en charge)

*Ministère des Affaires Etrangères et Européennes  
Agence pour l'enseignement français à l'étranger  
19/21 rue du colonel Pierre Avia  
75015 PARIS*

**Année scolaire 2009 (rythme sud) ou 2009/2010 (rythme nord)**

## **Feuillet 1**

**A remplir par la famille puis à transmettre, accompagné des pièces justificatives, sous pli fermé, à l'établissement scolaire**

Nom et prénom du père : .....

Nom et prénom du conjoint : .....

Situation familiale et nombre d'enfants à charge : .....

Nationalité : ..... Numéro sécurité sociale France ① : - - - - -

N° d'inscription au registre mondial des français établis hors de France (immatriculation consulaire): |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales française ② : .....

Lien familial avec le ou les enfants pour lesquels une prise en charge est demandée : .....

Adresse : .....

.....

N° de téléphone : ..... Adresse électronique : .....

Date d'arrivée dans le pays : .....

Dernière adresse en France : .....

.....

Profession du père : ..... Profession de la mère : .....

(pour les personnels de l'état, d'un établissement public ou d'un établissement d'enseignement à l'étranger, préciser le statut (expatrié, résident, contractuel, recruté local))

Nom et adresse du ou des employeurs : .....

.....

.....

① **si la famille en possède un.**

② **pour les familles installées en France l'année précédant la demande**

Montant annuel des revenus bruts \* de la famille (année précédant la demande) :

en monnaie locale : .....

en euros : .....

Imposition sur le revenu :  oui  non

Si oui, lieu d'imposition sur le revenu : .....

**\*avant toute déduction de quelque nature que ce soit (cotisations sociales, impôts,...)**

## -/- Désignation des enfants pour lesquels une prise en charge est demandée

<i><b>NOM</b></i>	<i><b>Prénom</b></i>	<i><b>Date de naissance</b></i>	<i><b>Numéro d'inscription au registre mondial des français établis hors de France</b></i>	<i><b>Etablissement</b></i>	<i><b>Classe</b></i>	<i><b>Date entrée dans l'étab.</b></i>	<i><b>Montant de toute aide directe ou indirecte à la scolarisation perçue pour le ou les enfants concernés* / Majorations familiales ou avantages familiaux**</b></i>

\* toute aide directe ou indirecte à la scolarité quel que soit son type (prise en charge totale ou partielle de la scolarité par l'employeur, versement par l'employeur d'un élément de rémunération incluant tout ou partie de la scolarité, aide versée par une collectivité territoriale, un Etat étranger, un établissement d'enseignement,...)

\*\* pour les personnels de l'Etat français et de ses établissements publics, dont l'AEFE, majorations familiales et avantages familiaux perçus au titre du ou des enfants considérés

Fait à .....le.....

Je soussigné..... ,

atteste de l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier.

**Toute déclaration inexacte ou incomplète pourra conduire au rejet de ma demande**

Signature

## LISTE DES DOCUMENTS A PRODUIRE A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

➤ Formulaire de demande de prise en charge

Feuillet 1 dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives, sous pli fermé ;

Feuillet 2 complété à l'endroit indiqué (nom et prénom du demandeur, nom et prénom des enfants concernés).;

➤ Justificatif de résidence à l'étranger (bail, facture d'électricité ou de téléphone récente au nom du demandeur,...) ;

➤ Certificat de radiation ou attestation de non paiement de la Caisse d'Allocations Familiales pour les familles ayant résidé en France au cours de l'année scolaire précédente ou dont l'un des parents continue d'y résider (à l'exception des travailleurs exerçant hors de France maintenus au régime français de Sécurité Sociale ou des familles n'ayant jamais résidé en France) ;

➤ Certificat de scolarité du (des) enfant (s) concerné (s) par la prise en charge.

## Feuille 2

**CADRE RESERVE A L'ETABLISSEMENT**  
(à l'exception des zones non grisées, à remplir par la famille)

**Nom et Prénom du demandeur : .....**

<b>NOM DE L'ETABLISSEMENT :</b>		<b>CODE AEFE :</b>		
<b>Scolarisation effective des enfants concernés</b> ➤ Certificat de scolarité du (des) enfant (s) concerné (s) par la prise en charge.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Observations éventuelles		
<b>Montant net de la scolarité supporté par la famille</b> (déduction faite des abattements, exonérations, participations partielles employeur,...)				
Nom(s) et prénom(s) de(s) l'élève (s) (à remplir par la famille)	Frais de scolarité*	Première inscription*	Inscription annuelle*	Total*
* exprimés dans la monnaie dans laquelle est établi le budget de l'établissement				
<b>Absence de règlement total de la scolarité par l'employeur ou par une autre structure</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<b>AVIS DE L'ETABLISSEMENT :</b>	<input type="checkbox"/> FAVORABLE	<input type="checkbox"/> DEFAVORABLE		
	Fait à : .....	<b>En cas d'avis défavorable, préciser le (s) motif (s) :</b>		
	Date : .....			
	Je soussigné.....			
	Qualité : .....			
	Atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus			

**Feuille à remettre par la famille à l'établissement avec le pli fermé contenant le feuillet 1/2 du présent formulaire et les pièces justificatives.**

## CADRE RESERVE AU POSTE DIPLOMATIQUE OU CONSULAIRE

Contrôle	Documents produits / date	Observations éventuelles
Nationalité française du ou des enfants concernés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Inscription au registre mondial des français établis hors de France	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Résidence de la famille à l'étranger	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Régularité de la situation de la famille par rapport à la CAF	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

FAVORABLE

DEFAVORABLE

Fait à : .....

Date : .....

Signature :

AVIS DU POSTE :

En cas d'avis défavorable,  
préciser le (s) motif (s) :