



**Formations Paramédicales, Sociales et Santé**  
**FICHE COMPLEMENTAIRE DE SITUATION FAMILIALE 2017/2018**

Dépts : 14-27-50-61-76

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

NOM : ..... Prénom : ..... N° INE/BEA : .....

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 17/18**                      ou                       **FEVRIER 2017 (dossier 16/17)**

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**