



DOSSIER D'ETUDE DE LA SITUATION FAMILIALE

A nous retourner complété au plus tard le 10 juillet 2020

Chères familles,

Votre enfant a intégré le Centre Fédéral Handisport / Pôle France Relève. L'équipe pluridisciplinaire vise à ce que chaque jeune puisse réaliser les performances sportives à la hauteur de son potentiel, tout en garantissant la poursuite d'une formation et/ou d'une insertion professionnelle correspondant à ses capacités et aspirations. C'est dans une démarche permanente d'accomplissement du projet de vie de votre enfant que son bien être individuel est au cœur de nos réflexions.

Dans cette démarche singulière, nous avons souhaité prendre en compte la situation sociale de chaque famille pour adapter les pensions mensuelles demandées selon les ressources disponibles. Le Centre Fédéral adapte la pension selon le statut du jeune (interne, externe, interne universitaire). Celle-ci intègre les coûts fixes imposés par le C.R.E.P.S (hébergement, restauration) et les frais d'embauche des personnes ressources (entraîneurs, préparateur physique, équipe médicale, paramédicale, etc.).

Votre interlocutrice privilégiée, Mme FILIPPA, responsable socio-éducatif, se tient à votre disposition pour vous accompagner dans vos démarches.



Votre contact

Mme Angelik FILIPPA, responsable socio-éducatif

Tél. : 06 60 22 91 92

Mail : angelik.handisport@gmail.com

Bastien DROBNIIEWSKI
Coordonnateur du Centre Fédéral Handisport

| | |
|--|-------|
| Nom et prénom du jeune | ..... |
| Nom et prénom de la personne déposant la demande | ..... |
| Contact téléphone | ..... |
| Contact mail | ..... |
| Date de la demande | ..... |

RESSOURCES ET CHARGES DE LA FAMILLE

A nous retourner complété au plus tard le 10 juillet 2020
Document et justificatifs à renvoyer angelik.handisport@gmail.com

Situation de la famille :

- CELIBATAIRE MARIE DIVORCE/SEPARÉ
 VEUF VIE MARITALE PARTENAIRE DE PACS

| Ressources mensuelles fixes (Joindre les justificatifs de votre dernier avis de versement) | Vos ressources (Montant mensuel) | Ressources conjoint (Montant mensuel) |
|---|-------------------------------------|--|
| Salaire (3 derniers bulletins) |EUR |EUR |
| Pension alimentaire |EUR |EUR |
| Pension /retraite |EUR |EUR |
| Allocation chômage |EUR |EUR |
| Prestation familiale |EUR |EUR |
| Prestation MDPH |EUR |EUR |
| Prestation de sécurité sociale |EUR |EUR |
| Divers à préciser |EUR |EUR |

Situation MDPH :

| MDPH (Département du lieu de domicile) | Allocation accordée (AAH, AEEH, complément AAEH) | Date de la dernière notification reçue (à joindre) | Aide complémentaire accordée (PCH, paiement matériel) |
|---|---|--|--|
| | | | |

Personnes à charge : (art R. 3252-3 du code du travail)

-Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin débiteur, dont les ressources personnelles sont inférieures au montant du RSA
 -Tout enfant ouvrant droit aux prestations familiales et se trouvant à la charge effective et permanente du débiteur ainsi que tout enfant à qui ou pour le compte de qui le débiteur verse une pension alimentaire
 -L'ascendant dont les ressources personnelles sont inférieures au montant du RSA et qui habite avec le débiteur ou auquel le débiteur verse une pension alimentaire

| Nom prénom | Lien de parenté | Ressources |
|------------|-----------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| Charges mensuelles fixes (Joindre les photocopies des justificatifs) | Montant |
|---|-----------|
| Loyer ou crédit immobilier | EUR |
| Energie / Eau / Téléphone | EUR |
| Assurances | EUR |
| Pension alimentaire ou saisie – arrêt | EUR |
| Frais en lien avec le Handicap de ou des personnes à charges | EUR |
| (Indiquer précisément le poste de dépense) | EUR |
| ..... | ..... EUR |
| ..... | ..... EUR |
| ..... | ..... EUR |
| ..... | ..... EUR |
| ..... | ..... EUR |
| ..... | ..... EUR |
| Autres | EUR |
| | EUR |

Avez-vous saisi l'aide d'une assistante sociale proche de votre domicile ? oui non

Si oui, veuillez nous indiquer les coordonnées de celle-ci, afin que nous puissions travailler en collaboration avec ce partenaire.

Nom Prénom :

Fonction :

Tél. :

Mail. :

Art 441-1 du code pénal :

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou toute autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende ».

J'ai pris connaissances de l'article ci-dessus et j'atteste sur l'honneur l'exactitude de mes déclarations.

A..... Le / /

Signature

A remplir par la Commission

| |
|--|
| <p><u>Quotient calculé par la Fédération Française Handisport :</u></p> <p><u>Mensualités proposées :</u></p> <p><u>Action à engager :</u></p> |
|--|