



**Demande à adresser à :**

**Mimosa du Bonheur**

André CHRISTE, président  
Case postale 61  
2950 COURGENAY  
mimosa.jura@bluewin.ch

Laisser en blanc
Reçu le _____
Décision : _____
Date et visa : _____

**Le but de la vente** est de venir en aide aux enfants et aux adolescents (**à titre individuel**).  
Cette aide peut être demandée, par exemple, pour :

- participation à des camps de vacances pour enfants de familles à revenu modeste. (camp d'été max. 100.- / camp d'hiver max. 150.- / course scolaire max. 20.-/jour)
- achat de matériel spécial pour enfants handicapés (si non pris en compte par AI).
- cas particuliers d'aide à des enfants et adolescents de familles à revenu modeste.

Aider les moins favorisés parmi les enfants et adolescents de notre région, tout en respectant les principes fondamentaux de la Croix-Rouge, est une des préoccupations essentielles de la Commission Mimosa du Bonheur du Syndicat des Enseignants Jurassiens. La collaboration de chacun est aussi indispensable pour assurer la vente que pour garantir des fonds recueillis.

## **DEMANDE D'AIDE**

Le soussigné (parents ou enseignant-e),

Nom : _____	Prénom : _____
Profession : _____	
Adresse : _____	
Tél. prof. : _____	privé : _____
No postal : _____	Localité : _____

demande la somme de	Fr. _____
sur un coût total de	Fr. _____

au profit de (élève) :

Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : _____
Adresse des parents : _____		
Situation familiale : _____		
_____		

Utilisation (exposé du cas, budget) :
_____
_____
_____
_____

Un autre organisme subventionne-t-il ce cas ?  oui  non  
Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_ Montant éventuel : Fr. \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_ 0 – 5 ans \_\_\_\_\_ 10 – 15 ans  
\_\_\_\_\_ 6 – 9 ans \_\_\_\_\_ 16 – 20 ans

Pour les 16-20 ans merci de préciser (à charge) \_\_\_\_\_ étudiant \_\_\_\_\_ apprenti  
Autres personne vivant dans le ménage : \_\_\_\_\_

**REVENUS DU FOYER :**

Salaire 1 Fr. \_\_\_\_\_

Salaire 2 Fr. \_\_\_\_\_

Pension Fr. \_\_\_\_\_

Indemnité chômage Fr. \_\_\_\_\_

A.V.S. Fr. \_\_\_\_\_

A.I. Fr. \_\_\_\_\_

Divers Fr. \_\_\_\_\_

TOTAL Fr. \_\_\_\_\_

**DEPENSES MENSUELLES :**

Loyer Fr. \_\_\_\_\_

Aides reçues pour assurances maladies Fr. \_\_\_\_\_

**CHAMPS CI-DESSOUS OBLIGATOIRES**

**\*REVENU IMPOSABLE DE LA DECISION DE TAXATION D'IMPOTS (code 690)** \_\_\_\_\_

**\*FORTUNE IMPOSABLE DE LA DECISION DE TAXATION D'IMPOTS (code 690)** \_\_\_\_\_

**\* ces 2 champs sont obligatoires pour l'entrée en matière de l'octroi d'une aide ; si ces données ne sont pas connues, nous contacter**

Quelle est votre participation financière possible : Fr. \_\_\_\_\_

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont conformes à la réalité et autorise à faire vérifier ces informations auprès des autorités compétentes.

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

En cas d'acceptation, le montant accordé doit être versé

au compte de chèque no : \_\_\_\_\_ (joindre un bulletin de versement. Merci)

au compte bancaire : IBAN \_\_\_\_\_ (joindre un bulletin de versement. Merci)

Libellé à Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_