



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 : _____