

Dossier de demande de bourse*

*REMISE SUR LES FRAIS DE SCOLARITÉ FINANCIÉE PAR L'ÉCOLE

Veuillez compléter ce formulaire en lettres capitales d'imprimerie. La demande ne sera prise en compte qu'après réception par l'école à laquelle l'étudiant(e) est inscrit(e) du présent document rempli et signé, accompagné des différentes pièces demandées pour le dossier, ainsi qu'à réception du dossier de réinscription 2026-2027 et du versement de l'acompte.

PIÈCES À JOINDRE

- Courrier d'intention
- Bulletins scolaires de l'année en cours
- Dernier avis d'imposition des parents
- Copie d'écran de la simulation de bourses du CROUS : <https://www.lescrous.fr/nos-services/simulateur-de-bourse/>
- Copie du prêt pour les étudiants concernés
- Copie carte d'identité (pour les étrangers copie du visa ou de la carte de séjour valide)

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 30 JUIN 2026
Toute demande parvenue après cette date ne sera pas traitée.

INFORMATIONS

NOM: _____ PRÉNOM(S): _____

L'ÉTUDIANT

NOM: _____ ADRESSE: _____
PRÉNOM(S): _____ VILLE: _____ CODE POSTAL: _____
SITUATION DE FAMILLE: MARIÉ(E) CÉLIBATAIRE PAYS: _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE: _____ TÉLÉPHONE: _____
NATIONALITÉ: _____ E-MAIL: _____
HORS UE N° DE CARTE DE SÉJOUR: _____ DATE DE VALIDITÉ: _____

RESPONSABLE 1

NOM: _____ PRÉNOM(S): _____
PROFESSION: _____
SITUATION DE FAMILLE: MARIÉE DIVORCÉE CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE: SALARIÉ INDÉPENDANT
ADRESSE: _____
VILLE: _____ CODE POSTAL: _____ PAYS: _____
TÉLÉPHONE: _____ EMAIL: _____
RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT: OUI NON

RESPONSABLE 2

NOM: _____ PRÉNOM(S): _____
PROFESSION: _____
SITUATION DE FAMILLE: MARIÉ DIVORcé CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE: SALARIÉ INDÉPENDANT
ADRESSE: _____
VILLE: _____ CODE POSTAL: _____ PAYS: _____
TÉLÉPHONE: _____ EMAIL: _____
RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT: OUI NON

LE RESPONSABLE FINANCIER (s'il ne s'agit ni du responsable 1, ni du responsable 2)

ATTENTION, CE CHAMP EST À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE RESPONSABLE FINANCIER N'EST NI LE RESPONSABLE 1, NI LE RESPONSABLE 2

NOM :	PRÉNOM(S) :	
PROFESSION :	RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : SALARIÉ INDÉPENDANT	
ADRESSE :		
VILLE :	CODE POSTAL :	PAYS :
TÉLÉPHONE :	EMAIL :	

SITUATION

CHARGES DE LA FAMILLE

AUTRE ENFANT À CHARGE DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR :	OUI	NON	NOMBRE :
AUTRE ENFANT À CHARGE HORS ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR :	OUI	NON	NOMBRE :
PARENT ÉLEVANT SEUL(E) UN OU PLUSIEUXS ENFANTS :	OUI	NON	

CHARGES DE L'ÉTUDIANT

ÉLOIGNEMENT DU DOMICILE FAMILIAL HABITUEL :	0 À 100 KM	100 À 250 KM	250 KM ET +
ÉTUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP :	OUI	NON	
ÉTUDIANT CÉLIBATAIRE OU MARIÉ ÉLEVANT UN OU PLUSIEUXS ENFANTS :	OUI	NON	NOMBRE :
ÉTUDIANT AYANT SOUSCRIT À UN OU PLUSIEUXS PRÊTS ÉTUDIANT :	OUI	NON	NOMBRE :
MONTANT(S) :	DATE DE SOUSCRIPTION :	DURÉE DU PRÊT :	

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet de la demande ou le retrait de toute aide. Je m'engage à suivre à plein temps les cours et à participer à tous les bilans de l'année scolaire.

DATE : _____

L'ÉTUDIANT
Signature précédée de la mention
«Lu et approuvé»

LE RESPONSABLE FINANCIER
Signature précédée de la mention
«Lu et approuvé»