1re École de Communication Depuis 1927 ESP.

DOSSIER DE DEMANDE DE BOURSE*

**Remise sur les frais de scolarité financée par l'école*

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2027-2028

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 2027-2028 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 du prêt pour les étudiants concernés
- Copie de la carte d'identité (pour les étrangers : copie du visa ou de la carte de séjour valide)
- Copie d'écran de la simulation de bourse du CROUS : https://www.lescrous.fr/nos-services/simulateur-de-bourse/

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 30 JUIN 2027 *Toute demande parvenue après cette date ne sera pas traitée.*

INFORMATIONS

NOM : PRÉNOM(S) :

L'ÉTUDIANT

NOM : PRÉNOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ(E) ☐ CÉLIBATAIRE TÉLÉPHONE :

ADRESSE : E-MAIL :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

HORS UE N° DE CARTE DE SÉJOUR : DATE DE VALIDITÉ :

AVEZ-VOUS UN JOB ÉTUDIANT ? ☐ OUI ☐ NON

RESPONSABLE 1

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ(E) ☐ DIVORCÉ(E) ☐ CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : E-MAIL :

RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON

RESPONSABLE 2

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ(E) ☐ DIVORCÉ(E) ☐ CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : E-MAIL :

RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON

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

ATTENTION : 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 : E-MAIL :

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 PLUSIEURS 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(E) ÉLEVANT UN OU PLUSIEURS ENFANTS : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

ÉTUDIANT AYANT SOUSCRIT À UN OU PLUSIEURS 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 »