



**Demande à adresser à :**

**Mimosa du Bonheur Jura**

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. 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/la soussigné/e,  parent  enseignant-e

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. prof. : \_\_\_\_\_ privé : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

demande une aide financière  
sur un coût total de Fr. \_\_\_\_\_

**MERCI DE JOINDRE UN JUSTIFICATIF**

**au profit de (élève) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse des parents : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

**Etablissement scolaire (Ecole) :** \_\_\_\_\_

Camp de ski  Camp d'été **Dates du camp :** \_\_\_\_\_

Autre demande  
(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

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 à : \_\_\_\_\_**

au compte de chèque no : \_\_\_\_\_

au compte bancaire : IBAN \_\_\_\_\_

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

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

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

**Le contenu de cette demande est strictement confidentiel.**