

QUESTIONNAIRE – CHECK-LIST

Nom de l'enfant : _____

	Madame/Monsieur	Madame/Monsieur
1- Point de vue familial		
Marié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohabitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Point de vue professionnel		
Salarié/employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indépendant	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
Dirigeant d'entreprise	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
Aidant	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
Activité complémentaire	<input type="checkbox"/> depuis le _____	<input type="checkbox"/> depuis le _____
Etudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous d'autres ressources financières ?		
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui lesquelles ?		
Loyer perçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétribution parts bénéficiaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétribution congé parental	<input type="checkbox"/> du _____ au _____	<input type="checkbox"/> du _____ au _____
Rétribution crédit-temps	<input type="checkbox"/> du _____ au _____	<input type="checkbox"/> du _____ au _____
Rétribution ALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenus de remplacement (Allocations chômage, mutuelle ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenu d'intégration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèques-repas	<input type="checkbox"/> valeur/chèque : _____	<input type="checkbox"/> valeur/chèque : _____
Bourse (mensuelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension légale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension extralégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension de survie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alloc. complémentaire enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribution alimentaire enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension alimentaire ex-conjoints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Payez-vous une (des) rente(s) alimentaire(s)		
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certifié sincère et conforme, le _____
Signature :Certifié sincère et conforme, le _____
Signature :