

# Du mimosa pour les enfants

**Demande à adresser à :**

**Mimosa du Bonheur Jura**  
Rue Général-Comman 11  
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 canton 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. \_\_\_\_\_

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN JUSTIFICATIF (Feuille d'information du camp...)**

**au profit de (élève) :**

Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : _____
Adresse des parents : _____		
Situation familiale : _____		
<b>ETABLISSEMENT SCOLAIRE (ECOLE) :</b> _____		
<input type="checkbox"/> Camp de ski	<input type="checkbox"/> Camp d'été	<b>Dates du camp :</b> _____
<input type="checkbox"/> Autre demande	<input type="checkbox"/> Besoin en matériel de location (skis, chaussures de skis, bâtons...)	
(exposé du cas, budget) _____		
_____		

Un autre organisme subventionne-t-il ce cas ?  oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_ Montant demandé : Fr. \_\_\_\_\_

Aides reçues pour assurances maladies  oui  non

Montant mensuel Fr. \_\_\_\_\_  
reçu : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_ 0 – 5 ans \_\_\_\_\_ 10 – 15 ans  
\_\_\_\_\_ 6 – 9 ans \_\_\_\_\_ 16 – 20 ans

**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.

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE  
DE VOTRE DERNIERE DECISION DE  
TAXATION D'IMPOTS.**

**Merci de nous contacter si cela pose un  
problème.**

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.**