



**Ville de Vitry-sur-Seine**  
**QUOTIENT FAMILIAL année scolaire 2020/2021**  
**Dossier à compléter et à retourner obligatoirement**

N° DOSSIER S.A.F. :

QUOTIENT FAMILIAL EN COURS :

N° allocataire CAF :

**VOUS :**

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
**94400 VITRY-SUR-SEINE**

DATE ET LIEU DE NAISSANCE ..... A : .....

TELEPHONE DOMICILE : ..... TELEPHONE PORTABLE : .....

TELEPHONE EMPLOYEUR : .....

PROFESSION : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

**SITUATION FAMILIALE :**  CÉLIBATAIRE  MARIÉ(E)  UNION LIBRE  PACSÉ(E)  
 DIVORCÉ(E)  SÉPARÉ(E)  VEUF(VE)

DATE DU DIVORCE : .../.../..... SEPARÉ depuis le : .../.../.....

**VOTRE CONJOINT :** NOM (de Jeune Fille) et PRÉNOM .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ..... à ..... Tél. portable .....

PROFESSION : ..... TELEPHONE EMPLOYEUR : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

**ENFANTS SCOLARISÉS À CHARGE OU EN BAS ÂGE : \*\* A compléter obligatoirement dans tous les cas**

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	ECOLE (nom de l'école* - ville)

\* si demande de prise en charge repas pour enfants scolarisés hors commune, cocher la case :

Si vous acceptez le plein tarif, ne pas joindre de documents et cocher la case :

Fait à :

le

Signature :

**NE PAS REMPLIR – CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**  
**CALCUL DU QUOTIENT FAMILIAL**

**A RESSOURCES**

**ANNUELLES**

**MENSUELLES**

SALAIRES DES TROIS DERNIERS MOIS ou indemnités ASSEDIC :

VOUS : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CUMUL IMPOSABLE DU MOIS DE :

CONJOINT : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CUMUL IMPOSABLE DU MOIS DE :

PRESTATIONS FAMILIALES :

A.F. C.F. P.A.J.E. PRE PARE A.S.F. P.A A.P.L. A.A.H. R.S.A.

\_\_\_\_ \_ TOTAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTRES REVENUS : (loyers perçus, pension veuvage, etc...)

\_\_\_\_\_

PENSION ALIMENTAIRE REÇUE :

\_\_\_\_\_

PENSION(S) ou RETRAITE(S):

\_\_\_\_\_

**B – DÉDUCTIONS OU CHARGES :**

LOYER PRINCIPAL

\_\_\_\_\_

FORFAIT PROPRIETAIRE (type F 1 - 2 - 3 - 4 ou ....)

\_\_\_\_\_

PENSION ALIMENTAIRE VERSÉE :

\_\_\_\_\_

FRAIS DE GARDE :

\_\_\_\_\_

IMPOTS A PAYER (mensuel)

M. :

\_\_\_\_\_

Mme :

\_\_\_\_\_

**C- IMPOTS DECLARÉS EN 2018**

VOUS : \_\_\_\_\_ : 12 = \_\_\_\_\_

CONJOINT : \_\_\_\_\_ : 12 = \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ADULTES : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : \_\_\_\_\_

Nombre de parts : \_\_\_\_\_

**QUOTIENT FAMILIAL :**

**FAIT LE,**

**NOM DE L'AGENT :**

Les renseignements nominatifs fournis dans ce questionnaire sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement informatique. Pour tous renseignements relatifs :

- 1) Au caractère obligatoire ou facultatif des renseignements demandés ;
- 2) Aux conséquences éventuelles d'un refus de réponse ;
- 3) Aux destinataires des informations recueillies ;
- 4) A l'existence d'un droit d'accès au contenu des fichiers et aux possibilités de leur rectification éventuelle.

Les personnes intéressées peuvent adresser une demande écrite à Monsieur le Maire de la ville de Vitry en rappelant le service concerné.