



**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
DE FRAIS DE SCOLARITE EXCEPTIONNELS  
2000/2001**

N° Personnel : \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM du demandeur : .....  
Nationalité : ..... Grade et échelon : .....  
Institution : ..... Lieu d'affectation : .....  
Adresse administrative : ..... Tél. bureau : .....  
..... Tél. privé : .....  
Banque : ..... N°compte : .....

---

Traitement de base du demandeur (\*) .....  
(indiquer si activité à temps partiel : OUI – NON)  
Revenu annuel net du conjoint (\*) .....  
du 01.06.2000 au 31.05.2001 .....

Pension alimentaire du conjoint et/ou du  
demandeur du 01.06.2000 au 31.05.2001 .....

Nombre d'enfants à charge : .....

---

**Enfants pour lesquels je demande un remboursement :**

Nom / Prénom	Sexe	Date de naissance	Frais de scolarité annuels (*)

**Bénéficiez-vous d'un remboursement dans la cadre du poste  
budgétaire A-4103 (aide sociale en faveur des personnes handicapées) OUI/NON ?  
ou dans le cadre de la caisse maladie OUI/NON ?**  
Si OUI pour quel(s) enfant(s)? Nom / Prénom .....  
.....

Lieu..... Date ..... Signature .....

(\*) **PRIERE DE JOINDRE TOUTES LES PIECES JUSTIFICATIVES !**