

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
DE FRAIS DE SCOLARITE EXCEPTIONNELS
1999/2000**

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 (*)

Revenu annuel net du conjoint (*)
du 01.06.99 au 31.05.2000

Pension alimentaire du conjoint et/ou du
demandeur du 01.06.99 au 31.05.2000

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 !

