CREATIVE MEDIA EDUCATION

Dossier de demande de bourse*

*remise sur les frais de scolarité financée par l'école

PIÈCES À JOINDRE

- Courrier d'intention
- Bulletins scolaires de l'année en cours
- Dernier avis d'imposition des parents
- Copie du prêt pour les étudiants concernés
- Copie carte d'identité (pourlesétrangerscopieduvisa ou de la carte de séjour valide)
- Copie d'écran de la simulation de bourses du CROUS https://www.lescrous.fr/nos-services/simulateur-de-bourse/

Veuillez compléter ce formulaire en lettres capitales d'imprimerie. La demande ne sera prise en compte qu'après réception par l'école à laquelle l'étudiant(e) est inscrit(e) du présent document rempli et signé, accompagné des différentes pièces demandées pour le dossier, ainsi qu'à réception du dossier de réinscription 2026-2027 et du versement de l'acompte.

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 30 JUIN 2026
Toute demande parvenue après cette date ne sera pas traitée.

INFORMATIONS

NOM : PRÉNOM(S) :

L'ÉTUDIANT

NOM : ADRESSE :

PRÉNOM(S) : VILLE : CODE POSTAL :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ(E) ☐ CÉLIBATAIRE PAYS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : TÉLÉPHONE :

NATIONALITÉ : E-MAIL :

HORS UE N° DE CARTE DE SÉJOUR : DATE DE VALIDITÉ :

RESPONSABLE 1

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉE ☐ DIVORCÉE ☐ CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : EMAIL :

RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON

RESPONSABLE 2

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE : ☐ MARIÉ ☐ DIVORCÉ ☐ CÉLIBATAIRE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : EMAIL :

RESPONSABLE FINANCIER DE L'ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON

LE RESPONSABLE FINANCIER (s'il ne s'agit ni du responsable 1, ni du responsable 2)

ATTENTION, CE CHAMP EST À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE RESPONSABLE FINANCIER N'EST NI LE RESPONSABLE 1, NI LE RESPONSABLE 2

NOM : PRÉNOM(S) :

PROFESSION : RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : ☐ SALARIÉ ☐ INDÉPENDANT

ADRESSE :

VILLE : CODE POSTAL : PAYS :

TÉLÉPHONE : EMAIL :

SITUATION

CHARGES DE LA FAMILLE

AUTRE ENFANT À CHARGE DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

AUTRE ENFANT À CHARGE HORS ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

PARENT ÉLEVANT SEUL(E) UN OU PLUSIEURS ENFANTS : ☐ OUI ☐ NON

CHARGES DE L'ÉTUDIANT

ÉLOIGNEMENT DU DOMICILE FAMILIAL HABITUEL : ☐ 0 À 100 KM ☐ 100 À 250 KM ☐ 250 KM ET +

ÉTUDIANT EN SITUATION DE HANDICAP : ☐ OUI ☐ NON

ÉTUDIANT CÉLIBATAIRE OU MARIÉ ÉLEVANT UN OU PLUSIEURS ENFANTS : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

ÉTUDIANT AYANT SOUSCRIT À UN OU PLUSIEURS PRÊTS ÉTUDIANT : ☐ OUI ☐ NON NOMBRE :

MONTANT(S) : DATE DE SOUSCRIPTION : DURÉE DU PRÊT :

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent document sachant que toute erreur ou omission dans ces renseignements peut entraîner le rejet de la demande ou le retrait de toute aide. Je m'engage à suivre à plein temps les cours et à participer à tous les bilans de l'année scolaire.

DATE : _____

L'ÉTUDIANT Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»	LE RESPONSABLE FINANCIER Signature précédée de la mention «Lu et approuvé»