

Nom de famille						
Prénom						
Rue, n°						
Ville						
Adresse e-mail						
Nationalité (nationalité étrangère: veuillez indiquer le genre de permis s.v.p.)						
Situation familiale / partenariat	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié		<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> veuf / veuve	<input type="checkbox"/> partenariat
Date de naissance						
Enfants / nom et date de naissance	<input type="checkbox"/> pas d'enfants	Enfant 1		Enfant 2		
		Enfant 3		Enfant 4		

Formation visée / études <i>(joindre les documents sur la formation)</i>						
Coût de la formation? <i>(joindre le budget pour la durée de la formation)</i>	par an			CHF total		
Exercez-vous une activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/> oui	laquelle			<input type="checkbox"/> non	
Combien gagnez-vous?	CHF					
Votre partenaire/conjoint exerce-t-il / elle une activité professionnelle? Si ou, combien gagnez il / elle?	<input type="checkbox"/> oui	profession:		revenu:	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> pas de partenair
Formations suivies jusqu'ici? <i>(joindre le curriculum vitae)</i>					<input type="checkbox"/> pas de formation initiale	
Obtention du diplôme de:						le
Bénéficiez-vous d'un soutien financier de la part de vos parents et/ou d'une fondation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Montant du soutien?	CHF		
Bénéficiez-vous d'une bourse d'études cantonale?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Montant de la bourse?	CHF		
Touchez-vous des prestations d'aide sociale?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Pour quel montant ?	CHF		

Pourquoi avez-vous besoin d'une bourse d'études ? (vous pouvez aussi joindre une lettre d'explication)

Uniquement pour les personnes qui déposent une demande du fait qu'elles doivent suivre une formation et/ou changer d'orientation pour des raisons de santé*:

Etes-vous en incapacité de travailler?	<input type="checkbox"/> oui	Depuis quand	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'une maladie ou de troubles rendant l'exercice de votre activité actuelle difficile voire impossible?	<input type="checkbox"/> oui	De quelle maladie/quels troubles s'agit-il ?	<input type="checkbox"/> non
Des raisons de santé sont-elles à l'origine de la fin de vos rapports de travail ? (joindre le certificat médical)	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non

*** Vos données seront traitées de manière strictement confidentielle et ne seront utilisées qu'à l'interne.**

Annexes	- curriculum vitae - budget détaillé - liste des demandes déposées auprès d'autres fondations
Je certifie que les indications fournies sont exactes.	
Lieu, date	Signature

Veillez noter que le traitement de la demande prendra trois à quatre mois.