

NOM DU DEMANDEUR :



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE  
MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION



Rectorat

DASEM

Division de l'accompagnement  
Social et médical

DASEM 2

Service de l'action sociale

Téléphone :

01-57-02-64-42 / 63-97

01-57-02-64-07 / 68-00

01-57-02-68-16 / 69-29

Fax :

01-57-02-64-47

Mél : ce.dasem2@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco

94010 Créteil cedex

www.ac-creteil.fr

**AIDE SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE**  
**DOCUMENT RESERVE EXCLUSIVEMENT AUX AED et AESH**  
**Allocation aux parents d'enfant**  
**Handicapé ou infirme de moins de 20 ans**

**BÉNÉFICIAIRES :**

**AED et AESH**

**Contrat en cours de 10 mois minimum**

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

Etre bénéficiaire de prestations familiales et de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé

Aucune condition d'indice ou de ressources. Versée jusqu'au mois anniversaire inclus.

L'enfant doit avoir un taux d'invalidité **au moins égal à 50 %**.

**Contrat en cours de 10 mois minimum**

**Attention :**

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit l'allocation de compensation prévue par l'article 39 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit la prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par l'article D 245-32-1

La prestation n'est pas servie lorsque l'enfant perçoit l'allocation différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975)

Pour les enfants placés en internat, l'allocation est versée pendant les périodes de retour au foyer (fin de semaine et période de congés scolaires)

**La demande d'allocation doit être faite à la fin de chaque trimestre (*en avril, juillet, octobre et décembre*) à l'aide d'un état trimestriel complété et signé et des attestations CAF de tous les mois demandés.**

**Montant de l'allocation : 165.02 € par mois**

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 MOIS DE VALIDITÉ NE SONT PAS ÉCOULÉS.**

**LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI**

**À QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE D'AIDE ?**

**Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.**

Rectorat de Créteil

Division de l'accompagnement social et médical – DASEM 2

4 rue Georges Enesco – 94010 CRÉTEIL cedex

Téléphone : 01-57-02-64-42 / 63-97 / 64-07 / 64-34 / 68-16 / 69-29 / 68-00 / 63-96

Demande de renseignement : [ce.dasem2@ac-creteil.fr](mailto:ce.dasem2@ac-creteil.fr)

**Vote demande :**  1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>ème</sup> trimestre  3<sup>ème</sup> trimestre  4<sup>ème</sup> trimestre ANNÉE :

**Cadre réservé à l'administration :**

Mois payés au vu des précédents paiements et des documents fournis dans le dossier :

janvier  février  mars  avril  mai  juin  juillet  août  septembre  octobre  novembre  
 décembre \_\_\_\_\_ soit la somme de \_\_\_\_\_

**PIÈCES À JOINDRE À CHAQUE DEMANDE :**

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Attestation de paiement de l'AEEH par la CAF correspondant à **tous** les mois de la demande
- ⇒ Attestation sur l'honneur ci-jointe dûment complétée.
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint ou justificatif de Pôle Emploi.
- ⇒ Si internat, attestation de présence dans l'établissement d'accueil
- ⇒ Photocopie **complète** de la décision de la notification MDPH portant cachet et signature.
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire correspondant au **premier mois** de chaque trimestre
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat de PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur de concubinage avec les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfant(s).
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire ou veuf(ve): attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Photocopie du contrat de travail couvrant les mois demandés ci-dessus.

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

Établissement d'exercice (adresse complète) :  
\_\_\_\_\_

Code RNE de votre établissement d'affectation : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :  AED  AESH

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Adresse électronique **professionnelle** : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  célibataire  union libre  séparé(e)  
 marié(e)  pacsé(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

Renseignements concernant l'enfant handicapé :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

L'enfant est-il en internat :  oui  non

Période d'attribution de l'AEEH par la MDPH : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Pourcentage d'invalidité reconnu par la CDAPH : \_\_\_\_\_

**Date et signature originale :**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(1)**

Nous soussignés \_\_\_\_\_ (2)

certifions que \_\_\_\_\_ (3)

employé(e) dans nos services ne perçoit pas l'Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans au titre de l'année \_\_\_\_\_

Conjoint employé par l'académie de Créteil, noter **uniquement** ses NOM PRENOM et DATE DE NAISSANCE

NOM – PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

:

CACHET, DATE ET SIGNATURE ORIGINALE  
du responsable hiérarchique

(1) pour les conjoints employés par une autre académie ou par un autre ministère, fournir l'attestation émanant de leur service de l'action sociale

(2) : Nom de l'employeur

(3) : Nom et prénom de l'employé(e)

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

grade \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur **vivre et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le** \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur **vivre seul(e) et assumer en garde alternée la charge de mon (mes) enfant(s) depuis le** \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur **que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de l'allocation compensatrice prévue par l'article 39 de la loi 75-534 du 30 juin 1975.**

certifie sur l'honneur **que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de la prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par la loi D-245-32-1.**

certifie sur l'honneur **que mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de la majoration différentielle servie au titre des droits acquis (majoration pour tierce personne prévue à l'article 59 de la loi du 30 juin 1975)**

**DATE et SIGNATURE ORIGINALE**

--------------

Conformément aux dispositions du règlement (UE) du parlement européen du 27 avril 2016 (RGPD) et de la législation en vigueur, nous traitons vos informations dans le respect de la réglementation sur la protection des données personnelles.

Aussi toutes les données **sensibles** devront faire l'objet d'un consentement afin de donner à l'administration les moyens légaux de les traiter dans le cadre de votre demande.

Je soussigné(e) ----- donne l'autorisation du traitement de mes données sensibles.

OUI NON \*

Je consens à la transmission de mes données à tiers organismes pour le traitement de ma demande

OUI NON \*

Je donne mon consentement OUI NON \*

**LE REFUS DU CONSENTEMENT ENTRAÎNERA L'IMPOSSIBILITE DU TRAITEMENT DE MON DOSSIER**

**Date et signature originale :**

\* rayer la mention inutile

La loi punit sévèrement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration  
(articles L 554 et L 583-3 du code de la sécurité sociale et article 150 du code pénal).