

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 médicale

DASEM 2

Service de l'action sociale

Téléphone :

01-57-02-63-96 / 63-97

01-57-02-64-07 / 68-03

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 Aide à la restauration scolaire de la maternelle au CM 2

**L'aide est versée chaque fin de trimestre, et il y a lieu de fournir impérativement un dossier complet par enfant (document indispensable pour la mise en paiement)**

### **BÉNÉFICIAIRES :**

Titulaires, stagiaires, contractuels, AESH, AED (contrat en cours de 6 mois minimum), retraités.

### **CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

Enfants scolarisés en maternelle et primaire (1<sup>er</sup> degré) et inscrits à la restauration scolaire.

Sont éligibles :

- Les familles monoparentales,
- Les familles dont le conjoint exerce obligatoirement une activité professionnelle ou se trouve dans l'impossibilité d'exercer momentanément son activité professionnelle (congé maternité, congé maladie, stage de formation, demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi ou encore étudiant).

1. Quotient familial compris entre **12001 €** et **14300 €** (revenu net imposable / nombre de parts).  
Aide plafonnée à **30 % du montant payé dans la limite de 80€**
2. Quotient familial compris entre **10001 €** et **12000 €** (revenu net imposable / nombre de parts).  
Aide plafonnée à **40 % du montant payé dans la limite de 80€**
3. Quotient familial inférieur ou égal à **10000 €** (revenu net imposable / nombre de parts).  
Aide plafonnée à **50 % du montant payé dans la limite de 80€**

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 6 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. PRESTATION SERVIE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 6 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)

**PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE :**

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ - Photocopie de l'avis d'imposition N-1 sous format A3.



En cas de PACS, de concubinage ou de déclaration séparée pour les couples mariés, joindre les 2 avis d'imposition

- ⇒ Photocopie de la facture **datée, signée et acquittée** de la période demandée.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint
- ⇒ Si votre conjoint (ou concubin) est au chômage : attestation d'actualisation de moins de 6 mois.
- ⇒ 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) enfants.
- ⇒ Vous êtes séparé(e) : notification de paiement de la CAF
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire, veuf(ve) : attestation sur l'honneur de vie seule ci-jointe
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie du contrat de travail couvrant la demande.

**ÉTAT PÉRIODIQUE DE GARDE À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR ET LA STRUCTURE D'ACCUEIL.**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Situation professionnelle :  titulaire     stagiaire     contractuel    INM (indice nouveau majoré)

Nom et adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Code RNE : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Né le : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la structure d'accueil :

---

---

Mois concernés	Nombre de repas	Montant acquitté par la famille
<b>Total</b>		

**Structure d'accueil des enfants (date, cachet et signature originale)**

**Le demandeur certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus**

**DATE ET SIGNATURE ORIGINALE DU DEMANDEUR :**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

grade \_\_\_\_\_

Lieu d'affectation : \_\_\_\_\_

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

certifie sur l'honneur vivre seul(e) et assumer la charge pleine et entière de mon (mes) enfant(s)

certifie sur l'honneur assumer en garde alternée la charge de mon (mes) enfant(s)

**DATE ET SIGNATURE ORIGINALE :**

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

Je soussigné(e) (2) \_\_\_\_\_

certifie que (3) \_\_\_\_\_

employé(e) dans nos services :

n'a perçu et ne percevra aucune participation pour la restauration scolaire au titre de l'année scolaire \_\_\_\_\_

Participation de l'employeur : \_\_\_\_\_ €

Participation de l'intéressé : \_\_\_\_\_ €

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, fournir l'attestation émanant du service de l'action sociale de celle-ci

(2) : Nom de l'employeur

(3) : Nom et prénom de l'employé(e)

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).