

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

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE
SÉJOURS EN MAISON DE REPOS OU DE CONVALESCENCE
AVEC ENFANT**

BÉNÉFICIAIRES :

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) ou retraités, bénéficiant d'un séjour médicalement prescrit et accompagnés d'un ou plusieurs enfant(s) de moins de 5 ans au 1^{er} jour du séjour

Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois du contrat.

Les AED et AESH ne peuvent pas prétendre à cette prestation.

MONTANT :

23.59 € par jour et par enfant dans la limite de 35 jours par an
Le montant ne peut dépasser celui des dépenses réelles engagées

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Sans condition d'indice ou de ressources
Enfant(s) âgé(s) de moins de 5 ans au 1^{er} jour du séjour
Séjour médicalement prescrit dans un établissement agréé par la sécurité sociale

LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU PREMIER JOUR DU SEJOUR. PRESTATION SERVIE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MEME 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

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Photocopie de la prescription médicale.
- ⇒ Photocopie de la facture **acquittée, datée et signée** du séjour précisant le prix journalier payé au titre de l'hébergement de l' (ou des) enfant(s).
- ⇒ Attestation d'agrément de l'établissement par la sécurité sociale
- ⇒ 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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

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 :

titulaire stagiaire contractuel **INM** (indice nouveau majoré)

Adresse personnelle : _____

Adresse électronique **professionnelle** : _____

Téléphone : _____

Situation familiale : (1) (2) célibataire union libre
 marié(e) pacsé(e)
 veuf(ve) séparé(e)
 divorcé(e)

Date et signature originale :

- (1) Faire remplir obligatoirement l'attestation de l'employeur du conjoint ou du concubin.
- (2) Les personnes élevant seules leur(s) enfant(s) doivent obligatoirement remplir l'attestation sur l'honneur ci-jointe.

PARTIE À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU CENTRE

⇒ **NOM et adresse du centre de convalescence :**

⇒ **Numéro d'agrément du centre**

Nom, prénom et date de naissance de l' (des) enfant(s) concerné(s) par le séjour :

⇒ **Lieu du séjour :**

⇒ **Dates du séjour :** _____

⇒ **Nombre de jours passés au centre :** _____

⇒ **Montant journalier :** _____

⇒ **Montant total du séjour :** _____

:

Fait à _____ le _____

**CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE DU CENTRE DE
CONVALESCENCE**

**À REMPLIR SANS
RATURE NI
SURCHARGE**

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(1)

Nous soussignés _____ (2)

certifions que _____ (3)

employé(e) dans nos services :

n'a perçu aucune prestation pour l'envoi de son (ses) enfant(s) à

_____ (4) au titre de l'année _____

a perçu une prestation de _____ € pour l'envoi de son (ses) enfant(s) à

_____ (4) 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)

(4) : Mentionner l'objet de la demande

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) _____

grade _____

Lieu d'affectation : _____

Adresse personnelle : _____

certifie sur l'honneur vivre seul€ 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 :
