



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](http://www.ac-creteil.fr)

NOM DU DEMANDEUR :

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE  
CENTRES DE VACANCES AVEC HÉBERGEMENT  
COLONIES DE VACANCES  
(non cumulable avec la prestation ASIA)  
Fournir un dossier complet par enfant**

**BÉNÉFICIAIRES :**

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités.

**Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1<sup>er</sup> jour du 7<sup>ème</sup> mois du contrat.**

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

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

Etablissement à but non lucratif (régé par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, article 5 et du décret du 16 août 1901 articles de 1 à 7) qui héberge de façon collective hors du domicile familial, et à l'occasion de leurs vacances scolaires ou de leurs loisirs, des enfants âgés de plus de 4 ans et de moins de 18 ans au 1<sup>er</sup> jour du séjour dans la **limite de 45 jours par an** en France, dans les DOM-TOM ou à l'étranger

- Colonies de vacances agréées
- Associations
- Municipalités

**ATTENTION :**

Pas de prestations pour les séjours organisés par **LES FAUVETTES**, la subvention étant payée directement à l'association et déduite du montant du séjour

Quotient familial à ne pas dépasser : **12400 €**

**MONTANT :**      **7.58 €** par jour et par enfant de 4 à 12 ans  
                         **11.46 €** par jour et par enfant de 13 à 18 ans

**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](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-2 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 **acquittée, datée et signée** du séjour.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint ou justificatif Pôle emploi
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat de PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur 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 ou veuf(ve) : attestation sur l'honneur de vie seule ci-jointe
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie du contrat de travail en cours.

**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**

	<p>⇒ <b>NOM et adresse de l'œuvre organisatrice du séjour</b> (gérée sans but lucratif)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Numéro d'agrément du centre</b> (attribué par le Ministère de la cohésion sociale) :</p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Nom, prénom et date de naissance de l'enfant concerné par le séjour :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Lieu du séjour :</b></p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Dates du séjour :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Nombre de jours passés au centre :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Durée du séjour :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Montant total du séjour :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Participations financières</b> (subventions, comité d'entreprise...) :</p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Reste à la charge de la famille :</b> _____</p> <p style="text-align: center;">Fait à _____ le _____</p> <p><b><u>CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE DE L'ŒUVRE ORGANISATRICE :</u></b></p> <p>_____</p>
--	--

**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 d'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(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 :**

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 ENTRAINERA L'IMPOSSIBILITE DU TRAITEMENT DE MON DOSSIER**

**Date et signature originale :**

\* rayer la mention inutile