



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

NOM DU DEMANDEUR :

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE
SÉJOURS LINGUISTIQUES**
(pendant les congés scolaires)
(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^{er} jour du 7^{ème} mois du contrat.

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

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

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

Prestation accordée pour les séjours à l'étranger pendant les vacances scolaires, à titre individuel ou par un organisme sans but lucratif fédéré au sein de :

- ♦ La Fédération Française des Organisations de Séjours Culturels et linguistiques (F.F.O.S.C.)
- ♦ L'Union Nationale des Associations de Tourisme et de plein air (U.N.A.T.)
- ♦ L'Union Nationale des Organisations de Séjours Linguistiques (U.N.O.S.E.L.)

Séjours de découverte linguistique, éducative ou sportive **pendant les vacances scolaires**, dans la **limite de 21 jours par an** (les dates de référence étant le calendrier scolaire applicable en France).

MONTANT :

7.58 € par jour et par enfant de moins de 13 ans au 1^{er} jour du séjour
11.47 € par jour et par enfant de 13 ans à 18 ans au 1^{er} jour du séjour

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 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 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, veuf(ve) : attestation sur l'honneur de vie seule ci-jointe
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie du contrat de travail couvrant le séjour.

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.
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>⇒ NOM et adresse de l'organisme fédéré :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ Fédération : <input type="checkbox"/> F.F.O.S.C. <input type="checkbox"/> U.N.A.T. <input type="checkbox"/> U.N.O.S.E.L.</p> <p>⇒ Nom, prénom et date de naissance de l'enfant concerné par le séjour :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ Lieu du séjour :</p> <p>_____</p> <p>⇒ Dates concernées : _____</p> <p>⇒ Durée du séjour : _____</p> <p>⇒ Montant total du séjour : _____</p> <p>⇒ Participations financières (subventions, comité d'entreprise...) : _____</p> <p>⇒ Reste à la charge de la famille : _____</p> <p style="text-align: center;">Fait à _____ le _____</p> <p><u>CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE DE L'ŒUVRE ORGANISATRICE :</u></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