



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 médical
social et professionnel

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
SÉJOUR EN CENTRES DE VACANCES SPÉCIALISÉS
POUR PERSONNES HANDICAPÉES**

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 :

Séjours en centres de vacances spécialisés, relevant d'œuvres organisatrices à but non lucratif ou de collectivités publiques pour l'accueil des enfants et adultes handicapés.

Sans limite d'âge et sous réserve que le séjour ne soit pas pris en charge par un autre organisme.

La prestation est servie dans la **limite de 45 jours maximum par enfant et par an**.

La prestation est versée *sans condition de ressources*.

MONTANT :

21.61 € par jour et par enfant

LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU PREMIER JOUR DU SÉJOUR. 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 notification de la MDPH portant cachet et signature
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire du mois du séjour
- ⇒ Facture **acquittée, datée et signée** du séjour.
- ⇒ 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 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).
- ⇒ 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.
(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>⇒ Nom, prénom et date de naissance de l' (des) enfant(s) concerné(s) par le séjour :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ NOM et adresse de l'œuvre organisatrice du séjour (gérée sans but lucratif)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ Numéro d'agrément du centre spécialisé :</p> <p>_____</p> <p>⇒ Lieu du séjour :</p> <p>_____</p> <p>⇒ Dates du séjour : _____</p> <p>⇒ Nombre de jours passés au centre : _____</p> <p>⇒ Durée du séjour : _____</p> <p>⇒ Montant total du séjour : _____</p> <p>⇒ Participations financières (subventions, comité d'entreprise...) :</p> <p>_____</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> <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