



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 :

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE

AIDE AU BAFA

Fournir un dossier complet par demande

BÉNÉFICIAIRES :

Personnels titulaires, stagiaires
Contractuels, AED et AESH (contrat en cours de 6 mois minimum), retraités

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

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

Agent lui-même, ou son/ses enfant(s) de +16 ans à charge

Personne seule : INM < ou = 497

Pour l'une des trois étapes suivantes : session de formation générale, session d'approfondissement ou de qualification sur présentation d'une facture acquittée.

MONTANT :

100 % de la facture acquittée à hauteur de 300 €

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 3 MOIS À
COMPTER DU DÉBUT DE LA FORMATION. PRESTATION SERVIE DANS LA
LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 3 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

CONSTITUTION DU DOSSIER

- ⇒ Relevé d'identité bancaire avec IBAN à vos nom et prénom.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire.
- ⇒ Photocopie de la facture **acquittée avec cachet original de l'organisme.**
- ⇒ Photocopie de l'**attestation de présence** au stage de formation. .
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition N-1 sous format A3 ou le formulaire de déclaration de ressources où figure votre nom si déclaration avec les parents.



En cas de PACS, de concubinage ou de déclaration séparée pour les couples mariés, joindre les 2 avis d'imposition ou déclarations de ressources des parents.

- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint : imprimé ci-joint ou attestation Pôle Emploi
- ⇒ Photocopie du contrat de travail en cours pour les contractuels
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur avec les noms, prénoms et date 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

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

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)

Emploi actuel : _____

(dernier poste pour les retraité(e)s)

Nom et adresse de l'établissement : _____

Code RNE _____ Téléphone : _____

Enfant à charge fiscalement concerné par la demande		
NOM - Prénom	Date de naissance	Etablissement fréquenté – Classe ou niveau

Date et signature :

1. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) _____

Grade : _____

Adresse personnelle : _____

* certifie sur l'honneur assumer seul(e) 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)

** certifie sur l'honneur vivre seul(e) depuis le _____

Fait à _____ le _____ **Signature originale**

* Cocher la mention correspondant à votre situation

** Pour les séparé(e)s, divorcé(e)s, veuf ou veuve.

2. 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 prestation d'aide au BAFA.

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).