

ACADEMIE DE BORDEAUX

**5, rue Joseph de Carayon Latour
CS 81499
33060 BORDEAUX CEDEX
Tél. : 05 57 57 38 00
Poste 4452
SARH 1
Bureau d'Action Sociale**

OBJET : Allocation pour enfant handicapé de moins de 20 ans **NON CUMULABLE AVEC LA PCH
(Prestation de Compensation du handicap)**

**DOSSIER DE DEMANDE A RENOUELER EN DEBUT DE CHAQUE ANNEE CIVILE SOUS PEINE
DE SUSPENSION DE PAIEMENT**

Dans le cas d'un ménage d'agents de l'Etat, l'attributaire sera celui des deux conjoints désigné d'un commun accord ou à défaut, celui qui perçoit les prestations familiales.

Nom - Prénom:.....

Nom de jeune fille.....

Date de naissance:.....

Adresse MAIL :

N° de Sécurité Sociale:.....

Adresse personnelle :

N° de tél. :

Grade - Fonction.....

Etablissement d'affectation.....

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE CONJOINT :

Nom :

Prénom :

Fonction :

DEMANDE

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'allocation aux parents d'enfant handicapé prévue par la Circulaire Ministérielle F.P/4 n° 1880 et 2 B n°96.401 du 15 mai 1996 pour mon enfant:

Nom de l'enfant:

Prénom:

Né(e) le:/../.....

à :

Fait à.....,le.....

signature

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur,

- que mon enfant n'est pas placé en internat permanent dans un établissement spécialisé avec prise en charge intégrale par l'assurance maladie, par l'Etat ou par l'aide sociale.
- que mon conjoint ne perçoit pas une allocation identique,
- que j'informerai le service de l'Action Sociale de mon Administration de toute modification intervenant dans ma situation familiale ou administrative ou dans la situation de mon enfant.
- Que je ne demanderai pas à bénéficier de la Prestation de Compensation du handicap (PCH) durant la présente année civile sans en informer préalablement le service de l'Action Sociale de mon Administration

Fait à....., le.....,

Signature

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou des fausses déclarations

- articles 441-1 et 441-2 du Code Pénal -

ATTESTATION DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DU DIRECTEUR D'ECOLE

Je soussigné,.....

- Qualité :.....

- Etablissement :.....

Certifie que M.....exerce en qualité de.....

Dans mon établissement depuis le.....

Fait à....., le.....

Signature.

Cachet de l'établissement.