



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Rectorat

Division de l'accompagnement
médical social et professionnel

DAMESOP 2
Service de l'action sociale

Téléphone:
01-57-02-63-96 / 63-97
01-57-02-64-07 / 68-03
01-57-02-68-16 / 69-29

Fax :
01-57-02-64-47

Mél : ce.damesop@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco
94010 Créteil cedex
www.ac-creteil.fr

NOM DU DEMANDEUR :

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE
SÉJOURS EN MAISON DE REPOS OU DE CONVALESCENCE
AVEC ENFANT**

BÉNÉFICIAIRES :

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) ou retraités, bénéficiant d'un séjour médicalement prescrit et accompagnés d'un ou plusieurs enfants de moins de 5 ans au 1^{er} jour du séjour

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.

MONTANT :

23.07 € par jour et par enfant dans la limite de 35 jours par an
Le montant ne peut dépasser celui des dépenses réelles engagées

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Sans condition d'indice ou de ressources
Enfant(s) âgé(s) de moins de 5 ans au 1^{er} jour du séjour
Séjour médicalement prescrit dans un établissement agréé par la sécurité sociale

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À
COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST VERSÉE DANS LA
LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME 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 ?

Rectorat de Créteil

Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

4 rue Georges Enesco – 94010 CRÉTEIL cedex

Téléphone : 01-57-02-63-96 / 63-97 / 64-07 / 64-34 / 68-03 / 68-16 / 69-29

ce.damesop@ac-creteil.fr

Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.



PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Photocopie de la prescription médicale.
- ⇒ Photocopie de la facture **acquittée, datée et signée** du séjour précisant le prix journalier payé au titre de l'hébergement de ou des enfants.
- ⇒ Attestation d'agrément de l'établissement par la sécurité sociale
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint
- ⇒ Si votre conjoint (ou concubin) est au chômage : attestation d'actualisation de moins de 6 mois.
- ⇒ 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) enfants.
- ⇒ Vous êtes séparé(e) : notification de paiement de la CAF

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 : _____

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

Nom, prénom et date de naissance de l' (des) enfant(s) concerné(s) par le séjour :	⇒ NOM et adresse du centre de convalescence : _____ _____
	⇒ Numéro d'agrément du centre _____
	⇒ Lieu du séjour : _____
	⇒ Dates du séjour : _____
	⇒ Nombre de jours passés au centre : _____
	⇒ Montant journalier : _____
	⇒ Montant total du séjour : _____
	:

Fait à _____ le _____

CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE DU CENTRE DE CONVALESCENCE

À REMPLIR SANS RATURE NI SURCHARGE



ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Nous soussignés (1) _____

certifions que (2) _____

employé(e) dans nos services :

n'a perçu aucune prestation pour l'envoi de son (ses) enfants à
_____ (3) au titre de l'année _____

a perçu une prestation de _____ € pour l'envoi de son (ses) enfants à
_____ (3) au titre de l'année _____

Conjoint employé par le rectorat de Créteil

NOM – PRENOM : _____

CACHET, DATE ET SIGNATURE ORIGINALE
du responsable hiérarchique

(1) : Nom de l'employeur

(2) : Nom et prénom de l'employé(e)

(3) : Mentionner l'objet de la demande

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) _____

grade _____ certifie sur l'honneur ne pas vivre maritalement et

élever seul(e) mon (mes) enfants depuis le _____

DATE ET SIGNATURE ORIGINALE :

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).