



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](mailto:ce.damesop@ac-creteil.fr)

4 rue Georges Enesco  
94010 Créteil cedex  
[www.ac-creteil.fr](http://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<sup>er</sup> jour du séjour

**Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1<sup>er</sup> jour du 7<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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

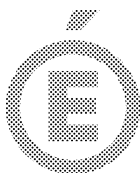
Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

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](mailto: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 : \_\_\_\_\_

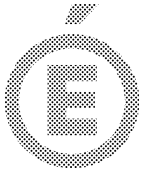
Adresse électronique **professionnelle** : \_\_\_\_\_

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).