

NOM DU DEMANDEUR :



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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



**AIDE SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE
GARDE PÉRISCOLAIRE DES ENFANTS AGÉS DE + 6 ANS SCOLARISÉS
DANS LE 1^{ER} CYCLE.**

L'aide est versée chaque fin de trimestre, et il y a lieu de fournir impérativement un dossier complet par enfant (document indispensable pour la mise en paiement)

BÉNÉFICIAIRES :

Titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 6 mois minimum), retraités, AESH, AED, dont le conjoint exerce une activité professionnelle ou se trouve dans l'impossibilité d'exercer momentanément son activité professionnelle (congé maternité, congé maladie, stage de formation, demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi ou encore étudiant).

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Enfants âgés de + 6 ans scolarisés dans le 1^{er} cycle et inscrits dans une structure de garderie recevant les enfants le matin ou le soir en dehors des horaires scolaires et en dehors des heures d'études.

Quotient familial inférieur ou égal à 14300 € (revenu net imposable / nombre de parts).

Aide plafonnée à **50 % du montant payé.**

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition N-1 du foyer ou avis de non-imposition sous format A3.
- ⇒ Photocopie de la facture **datée, signée et acquittée** de la période demandée.
- ⇒ 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
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire : attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie du contrat de travail couvrant les mois demandés

LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 6 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 6 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.

Rectorat

Division de l'accompagnement
médical social professionnel

DAMESOP 2
Service de l'action sociale

Téléphone :

01-57-02-63-96 / 63-97

01-57-02-68-03 / 64-34

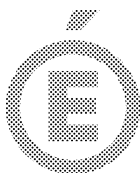
01-57-02-68-16/ 69-29

Fax :

01-57-02-64-47

Mél : ce.damesop@ac-creteil.fr

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



ÉTAT PÉRIODIQUE DE GARDE À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR ET LA STRUCTURE DE GARDE.

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

Nom et adresse de l'établissement : _____

Code RNE : _____ Téléphone : _____

Profession du conjoint : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Nom et prénom de l'enfant : _____ Né le : _____

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Mois concernés	Nombre de jours de garde	Montant acquitté par la famille
Total		

Structure d'accueil des enfants (date, cachet et signature originale)

Le demandeur certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

À _____ le _____

SIGNATURE ORIGINALE DU DEMANDEUR :



ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) _____

grade _____

Lieu d'affectation : _____

Adresse personnelle : _____

certifie sur l'honneur vivre seule 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 :

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné (1) _____

certifie que (2) _____

employé(e) dans nos services :

n'a perçu et ne percevra aucune participation pour l'aide à la garderie périscolaire au titre de l'année scolaire

Participation de l'employeur : _____ €

Participation de l'intéressé : _____ €

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

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).