

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



ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE

AIDE AUX ACTIVITÉS DE LOISIRS

Fournir une demande complète par enfant

Prestation non cumulable avec les chèques « sport » délivrés
par la SRIAS et les bons CAF

BÉNÉFICIAIRES :

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

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Rectorat

La prestation est servie entre le 1^{er} septembre et le 30 novembre 2017.

Division de l'accompagnement
médical social et professionnel

Quotient familial inférieur ou égal à **12400 €**

Prestation servie dans le cadre d'une inscription annuelle à une activité sportive, de loisirs ou culturelle dans une association à but non lucratif
(régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, article 5 et du décret du 16 août 1901 articles de 1 à 7)

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

Pour les parents d'enfant porteur d'un handicap, la prestation est ouverte à toutes les associations (à but lucratif et à but non lucratif)

Une seule aide par année scolaire et par enfant scolarisé de la première année d'école maternelle à la terminale.

Toute inscription en cours d'année scolaire, ou paiement trimestriel ne sera pas recevable.

En sont exclues les activités pratiquées au sein d'un établissement scolaire : association sportive, divers ateliers ainsi que celles dispensées par des particuliers.

MONTANT :

30 % de la facture acquittée, limité à 80 €

**LA CAMPAGNE D'AIDE AUX ACTIVITÉS DE LOISIRS POUR LA RENTRÉE
SCOLAIRE 2017/2018 EST LIMITÉE
DU 1^{er} SEPTEMBRE AU 30 NOVEMBRE 2017.
AUCUN DOSSIER NE SERA RECEVABLE PASSÉ CETTE DATE.
CELLE - CI EST PAYÉE 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 ?

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.



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

Date et signature :

CONSTITUTION DU DOSSIER :

- ⇒ Relevé d'identité bancaire avec IBAN à vos nom et prénom.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Facture **acquittée avec cachet et signature de l'association sportive.**
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition ou non-imposition 2017 sur les revenus 2016 sous format A3. En cas de PACS ou de concubinage il est impératif de fournir les deux avis d'imposition.
- ⇒ 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
- ⇒ Si la demande concerne un enfant portant un handicap, joindre la décision MDPH avec cachet et signature.

Vous assumez seul(e) la charge de votre (vos) enfant(s) :

- ⇒ 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



**PARTIE À FAIRE REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR
L'ORGANISME DE LOISIRS**

Nom, prénom et date de naissance de l'enfant concerné par l'activité :

enfant portant un handicap

Nom/dénomination de l'association :

Adresse du siège social :

Représentant légal : _____

Numéro du récépissé de déclaration en préfecture :

Numéro de SIREN ou SIRET : _____

Délivré par la préfecture de : _____

Activité suivie par l'enfant :

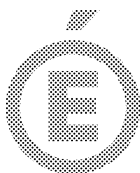
Année scolaire concernée : 2017/2018

Date du début de l'activité : _____

Fait à _____ le _____

CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE :

**À REMPLIR
SANS
RATURE NI
SURCHARGE**



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

Je soussigné(e) _____

certifie que _____

employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation d'aide aux activités de loisirs au titre de l'année scolaire 2017/2018

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)

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).