



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 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](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 LINGUISTIQUES**  
(pendant les congés scolaires)  
**(non cumulable avec la prestation ASIA)**

**Fournir un dossier complet par enfant**

**BÉNÉFICIAIRES :**

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum) et retraités.

**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 prétendre à cette prestation.**

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

Quotient familial à ne pas dépasser : **12400 €**

Prestation accordée pour les séjours à l'étranger pendant les vacances scolaires, à titre individuel ou par un organisme sans but lucratif fédéré au sein de :

- ♦ La Fédération Française des Organisations de Séjours Culturels et linguistiques (F.F.O.S.C.)
- ♦ L'Union Nationale des Associations de Tourisme et de plein air (U.N.A.T.)
- ♦ L'Union Nationale des Organisations de Séjours Linguistiques (U.N.O.S.E.L.)

Séjours de découverte linguistique, éducative ou sportive **pendant les vacances scolaires**, dans la **limite de 21 jours par an** (les dates de référence étant le calendrier scolaire applicable en France).

**MONTANT :**

**7.31 €** par jour et par enfant de moins de 13 ans au 1<sup>er</sup> jour du séjour

**11.07 €** par jour et par enfant de moins de 13 à 18 ans au 1<sup>er</sup> jour du séjour

**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

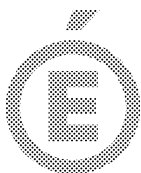
Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

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.**



**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 : \_\_\_\_\_

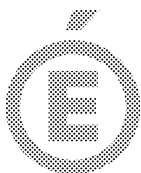
Situation familiale : (1) (2)  célibataire  union libre  
 marié(e)  pacsé(e)  
 veuf(ve)  séparé(e)  
 divorcé(e)

**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.

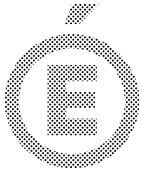
**PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE :**

- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant votre nom et prénom.
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition N-2 du foyer ou avis de non-imposition sous format A3.
- ⇒ Photocopie de la facture **acquittée, datée et signée** du séjour.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire.
- ⇒ Attestation de l'employeur ou justificatif Pôle emploi.
- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat de PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre, attestation sur l'honneur 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 le séjour.



## PARTIE À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU CENTRE

<p><b>Nom, prénom et date de naissance de l'enfant concerné par le séjour :</b></p>	<p>⇒ <b>NOM et adresse l'organisme fédéré :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Fédération :</b> <input type="checkbox"/> F.F.O.S.C. <input type="checkbox"/> U.N.A.T. <input type="checkbox"/> U.N.O.S.E.L.</p> <p>⇒ <b>Lieu du séjour :</b></p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Dates concernées :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Durée du séjour :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Montant total du séjour :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Participations financières</b> (subventions, comité d'entreprise...) : _____</p> <p>⇒ <b>Reste à la charge de la famille :</b> _____</p> <p style="text-align: right;">Fait à _____ le _____</p> <p style="text-align: center;"><b><u>CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE DE L'ŒUVRE ORGANISATRICE :</u></b></p>
<p><b>À REMPLIR SANS RATURE NI SURCHARGE</b></p>	



### 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) enfant(s) 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).