



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

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



NOM DU DEMANDEUR :

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^{er} jour du 7^{ème} mois du contrat.

Les AED et AESH ne peuvent prétendre à cette prestation.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

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

Les établissements concernés sont des maisons familiales de vacances, les villages de vacances y compris gîtes et villages de toile offrant des services collectifs, et les établissements portant le label « gîte de France » (gîtes ruraux, gîtes d'étapes ou de groupes, chambres d'hôtes...).

Il s'agit toujours d'établissements de tourisme social gérés à **but non lucratif (régis par la loi du 1^{er} juillet 1901, article 5 et du décret du 16 août 1901 articles de 1 à 7)**

Les séjours en campings municipaux ou privés ne font pas partie des établissements retenus.

Les séjours doivent se dérouler en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer dans la *limite de 45 jours par an* pour chacun des enfants à charge du bénéficiaire, âgés de moins de 18 ans au 1^{er} jour du séjour.

Cas particulier : lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité au moins égale à 50 %, la limite d'âge est portée de 18 à 20 ans. Aucune condition de ressources n'est alors exigée.

MONTANT :

7.69 € par jour et par enfant pour un séjour en pension complète

7.34 € par jour et par enfant pour un séjour en demi-pension

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.

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 :

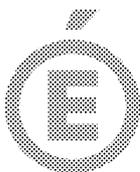
01-57-02-64-47

Mél : ce.damesop@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco

94010 Créteil cedex

www.ac-creteil.fr



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 :

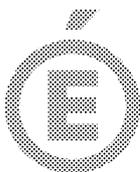
Si un enfant portant un handicap est concerné par cette demande, cocher la case :

(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.

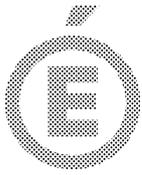
PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE :

- ⇒ 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.
- ⇒ Attestation de séjour de l'antenne départementale du Gîte de France
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Attestation de l'employeur du conjoint ou justificatif de 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.

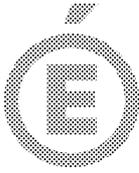


PARTIE À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU CENTRE

<p>Nom, prénom et date de naissance de ou des enfants concerné(s) par le séjour :</p>	<p>⇒ NOM et adresse <input type="checkbox"/> de l'œuvre organisatrice du séjour <input type="checkbox"/> du relais départemental (1) <input type="checkbox"/> du propriétaire du Gîte (1)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ Numéro d'agrément <input type="checkbox"/> du centre <input type="checkbox"/> du Gîte</p> <p>_____</p> <p>⇒ Lieu du séjour :</p> <p>_____</p> <p>⇒ Dates concernées : _____</p> <p>⇒ Type de formule : <input type="checkbox"/> pension complète <input type="checkbox"/> ½ pension <input type="checkbox"/> location</p> <p>⇒ Durée du séjour : _____</p> <p>⇒ Montant total du séjour : _____</p> <p>⇒ Participations financières (subventions, comité d'entreprise...) : _____</p> <p>⇒ Reste à la charge de la famille : _____</p> <p style="text-align: right;">Fait à _____ le _____</p> <p style="text-align: center;"><u>CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE DE L'ŒUVRE ORGANISATRICE :</u></p>
<p>À REMPLIR SANS RATURE NI SURCHARGE</p>	<p>(1) Joindre obligatoirement l'attestation de Gîtes de France</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).