

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



Liberté - Égalité - Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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](http://www.ac-creteil.fr)

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE  
SÉJOUR DANS LE CADRE ÉDUCATIF  
(non cumulable avec la prestation ASIA)**

**Fournir une demande complète 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 pas prétendre à cette prestation.**

**CONDITIONS D'ATTRIBUTION :**

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

Séjour d'une durée **minimum de 5 jours** et **maximum de 21 jours**, concernant une classe entière ou des groupes de niveau homogène, l'enseignement des disciplines fondamentales continuant à être assuré.

***UN SEUL SEJOUR hors vacances scolaires, en France ou à l'étranger (neige, mer, nature, patrimoine placé sous le contrôle du Ministère de l'Education Nationale), PAR ANNEE SCOLAIRE et par enfant de moins de 18 ans.***

**MONTANT :**

**75.74 €** pour un séjour de 21 jours consécutifs

**3.60 €** par jour et par enfant pour un séjour d'une durée inférieure à 21 jours

**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 du conjoint 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 de concubinage avec les noms, prénoms et date 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 SÉJOUR

<p><b>Nom, prénom et date de naissance de l'enfant concerné par le séjour :</b></p>	<p>⇒ <b>NOM et adresse de l'établissement scolaire que fréquente l'enfant :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Date d'autorisation à remplir obligatoirement</b></p> <p>_____</p> <p>1<sup>er</sup> degré : ⇒ Si &lt; à 10 jours : date d'autorisation donnée par le directeur ou l'IEN ⇒ Si &gt; à 10 jours : date d'autorisation donnée par la DSDEN concernée</p> <p>2<sup>nd</sup> degré : Date d'autorisation donnée par le chef d'établissement</p> <p>⇒ <b>Lieu du séjour :</b></p> <p>_____</p> <p>⇒ <b>Dates du séjour :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Nombre de jours :</b> _____</p> <p>⇒ <b>Montant total du séjour :</b> _____</p> <p>Fait à _____ le _____</p> <p><b><u>CACHET ET SIGNATURE ORIGINALE*</u></b></p>
<p><b>À REMPLIR SANS RATURE NI SURCHARGE</b></p>	<p>* du chef d'établissement pour le second degré * de la mairie pour le premier degré * ou du directeur si séjour inférieur à 10 jours</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).