



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)

NOM DU DEMANDEUR :

## ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE

### SÉJOURS CULTURELS, ÉDUCATIFS ET COLONIES DE VACANCES (non cumulable avec la prestation PIM)

Fournir un dossier complet par enfant

#### BÉNÉFICIAIRES :

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

#### CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Le quotient familial ne doit pas dépasser **12400 €**

L'enfant doit être scolarisé dans le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>nd</sup> degré

**Séjours collectifs en classe de neige, mer et nature, découverte.** Etablissement à but non lucratif (régis par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, article 5 et du décret du 16 août 1901 articles de 1 à 7) Séjours placés sous contrôle du ministère de l'éducation nationale, durée du séjour de 3 jours minimum et 21 jours maximum, pendant la période scolaire, dans la limite d'un séjour par enfant et par an (document page 4 à compléter)

OU

**Séjours en colonie de vacances hors période scolaire**, durée du séjour de 5 jours minimum et 21 jours maximum, dans la limite d'un séjour par enfant et par an (document page 3)

#### MONTANT :

Remboursement du séjour limité à 30% du montant effectivement payé, et à hauteur de **161 €**

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 3 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DU SÉJOUR. CELLE-CI EST VERSÉE 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 ?**

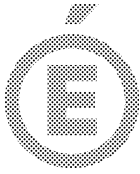
Rectorat de Créteil

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](mailto:ce.damesop@ac-creteil.fr)

**Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.**



**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIF :**

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)

Établissement d'affectation : \_\_\_\_\_

(dernier poste pour les retraité(e)s)

Code RNE \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Enfant à charge fiscalement avant bénéficié de ce séjour**

**NOM – Prénom :**

**Date de naissance :**

**Lieu du séjour :**

Nom de l'organisme de vacances : \_\_\_\_\_

Dates du séjour : \_\_\_\_\_ montant du séjour : \_\_\_\_\_

Cocher la case concernée :  séjours culturels et éducatifs     colonies de vacances

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

**Date et signature originale :**

**CONSTITUTION DU DOSSIER :**

- ⇒ Relevé d'identité bancaire avec IBAN à vos nom et prénom.
- ⇒ Photocopie du dernier bulletin de salaire
- ⇒ Photocopie de l'avis d'affectation (stagiaire)
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition ou non-imposition N-1 (ex : pour l'année scolaire 2017/2018 avis d'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.
- ⇒ 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 de concubinage avec les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints.
- ⇒ Photocopie de la facture **acquittée** avec nom et prénom de l'enfant, dates et lieu du séjour et numéro d'agrément du Ministère de la cohésion sociale.
- ⇒ 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.



**DOCUMENT N°1**

**À COMPLETER PAR L'ORGANISATEUR DU SEJOUR  
UNIQUEMENT POUR LES SEJOURS COLONIE DE VACANCES**

<b>ENFANT PARTICIPANT AU SEJOUR</b>		
<b>NOM - Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Lieu du séjour</b>

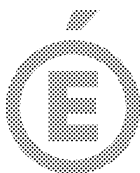
Nom de l'organisme de vacances : \_\_\_\_\_

Dates du séjour : \_\_\_\_\_

Montant du séjour : \_\_\_\_\_

**DATE ET SIGNATURE:**





### ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

\* 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.

### 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) enfant(s) à  
\_\_\_\_\_ (3) au titre de l'année \_\_\_\_\_

a perçu une prestation de \_\_\_\_\_ € pour l'envoi de son (ses) enfant(s) 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

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).