



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

NOM DU DEMANDEUR :

ACTION SOCIALE D'INITIATIVE ACADÉMIQUE

AIDE AU BAFA

Fournir un dossier complet par enfant

BÉNÉFICIAIRES :

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

CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

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

Agent lui-même, ou son/ses enfant(s) de +16 ans à charge

Personne seule : INM < ou = 489

Pour l'une des trois étapes suivantes : session de formation générale, session d'approfondissement ou de qualification sur présentation d'une facture acquittée.

MONTANT :

100 % de la facture acquittée à hauteur de 300 €

Rectorat

Division de l'accompagnement
médical social et professionnel

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

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 3 MOIS À
COMPTER DU DÉBUT DE LA FORMATION. 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

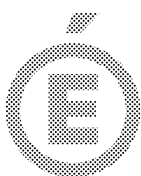
Division de l'accompagnement médical social et professionnel – DAMESOP 2

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.



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

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) séparée 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 : _____

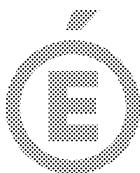
Code RNE _____ Téléphone : _____

Enfant à charge fiscalement 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.
- ⇒ Photocopie de la facture **acquittée avec cachet original de l'organisme.**
- ⇒ Photocopie de **l'attestation de présence** au stage de formation. .
- ⇒ Photocopie de l'avis d'imposition ou non-imposition N-1 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
- ⇒ 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



1. ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE SEULE

Je soussigné(e) _____

Grade : _____

Adresse personnelle : _____

* certifie sur l'honneur être célibataire, sans enfant à charge.

* 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) _____ (1)

certifie que _____ (2)

employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation d'aide au BAFA 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).