

ACADEMIE DE BORDEAUX

**5, rue Joseph de Carayon Latour
B.P. 935
33060 BORDEAUX CEDEX
Tél. : 05 57 57 38 00
Poste 4452
SARH 1
Bureau d'Action Sociale**

OBJET : Allocation pour enfant handicapé de moins de 20 ans

Dans le cas d'un ménage d'agents de l'Etat, l'attributaire sera celui des deux conjoints désigné d'un commun accord ou à défaut, celui qui perçoit les prestations familiales.

Nom - Prénom:.....

Nom de jeune fille.....

Date de naissance:.....

numéro de Sécurité Sociale:.....

Adresse personnelle :

Numéro..de..tél. :

Grade - Fonction.....

Etablissement d'affectation.....

DEMANDE

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'allocation aux parents d'enfant handicapé prévue par la Circulaire Ministérielle F.P/4 n° 1880 et 2 B n°96.401 du 15 mai 1996 pour mon enfant:

Nom de l'enfant: Prénom:

Né(e) le:/...../..... à :

Fait à.....,le.....

Signature.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur,

- que mon enfant n'est pas placé en internat permanent dans un établissement spécialisé avec prise en charge intégrale par l'assurance maladie, par l'Etat ou par l'aide sociale.
- que mon conjoint ne perçoit pas une allocation identique,
- que j'informerai l'Administration de toute modification intervenant dans ma situation familiale ou administrative ou dans la situation de mon enfant.

Fait à....., le.....,

Signature

ATTESTATION DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DU DIRECTEUR D'ECOLE

Je soussigné,.....

- Qualité :.....

- Etablissement :.....

Certifie que M.....exerce en qualité de.....

Dans mon établissement depuis le.....

Fait à....., le.....

Signature.

Cachet de l'établissement.