ACADÉMIE
DE BORDEAUX

Liberté
Égalité
Fraternité

Pôle des Relations et Ressources Humaines
Direction de l'Appui aux Ressources Humaines
DARH1
Bureau de l'action sociale

Affaire suivie par :
Ilona ROUSSEAU
Tél : 05 57 57 38 00 (poste 44 78)
Mél : ilona.rousseau@ac-bordeaux.fr
5 rue Joseph de Carayon-Latour CS 81499
33060 Bordeaux Cedex

ALLOCATION SPÉCIALE POUR JEUNES ADULTES ATTEINTS D'UNE MALADIE CHRONIQUE OU D'UN HANDICAP, POURSUIVANT DES ÉTUDES, EN APPRENTISSAGE OU EN STAGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Non cumulable avec la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Envoi du dossier par voie postale ou par mail : documents lisibles obligatoirement scannés en format PDF. Documents pris en photos non acceptés.

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.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT BÉNÉFICIAIRE :

Nom de naissance – Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance : .....

Mél : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone : .....

Grade – Fonction : .....

Etablissement d'affectation : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT :

Nom : **Prénom :**

Profession :

DEMANDE :

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance, l'allocation spéciale pour jeune adulte en situation de handicap, poursuivant des études, un apprentissage ou un stage de formation professionnelle, 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'État ou par l'aide sociale,
- que mon conjoint ne perçoit pas une allocation identique,
- que j'informerai le service de l'Action Sociale de mon Administration de toute modification intervenant dans ma situation familiale ou administrative ou dans la situation de mon enfant,
- que je ne demanderai pas à bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) durant la présente année civile sans en informer préalablement le service de l'Action Sociale de mon Administration.
- **que je suis en position d'activité et je m'engage à signaler tout changement dans ma situation administrative (congé parental, disponibilité etc.).**

Fait à ……..…… **le,** ……..……..

Signature

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou des fausses déclarations

- articles 441-1 et 441-2 du Code Pénal -