ACADÉMIE
DE BORDEAUX

Liberté
Égalité
Fraternité

ANNÉE : _____

ALLOCATION AUX PARENTS SÉJOURNANT EN MAISON DE REPOS OU DE CONVALESCENCE AVEC LEUR(S) ENFANT(S) ÂGÉ(S) DE MOINS DE 5 ANS

Cette prestation ne peut être accordée que dans la limite des crédits disponibles.

Pôle des Relations et Ressources Humaines
Direction de l'Appui aux Ressources Humaines
DARH1Bureau de l'action sociale

POUR LA GIRONDE :

Affaire suivie par :
Estelle MAISSE
Tél : 05 57 57 38 00 (poste 44 48)
Mél : estelle.maisse@ac-bordeaux.fr

POUR LES AUTRES DEPARTEMENTS :

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Mél :

N° INSEE + Clé :

Nom de naissance – Prénom :

Nom d'usage :

Date de naissance :___/___/_____

Adresse personnelle :_____

_____

Téléphone :

Portable :

Situation de famille (cocher la case correspondante) :

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacs - Union libre
☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Fonction :

Etablissement d'exercice :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Nom – Prénom :

Profession :

Lieu d'exercice :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

Enfant(s)		Date de naissance	Age
Nom	Prénom		

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

- ✓ Agent accompagné d'un ou plusieurs enfants de moins de 5 ans au premier jour du séjour, séjournant dans les établissements de repos ou de convalescence agréés par la Sécurité Sociale pour un séjour prescrit médicalement.
- ✓ Aucune condition d'indice ou de ressources n'est exigée.
- ✓ La durée de la prise en charge ne peut dépasser 35 jours par an.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

A chaque début d'année civile

- ☐ 1 relevé d'identité bancaire ou postal dont les coordonnées sont identiques à celles qui figurent sur votre bulletin de salaire,
- ☐ 1 photocopie très lisible du dernier bulletin de salaire en votre possession,
- ☐ Pour les non titulaires 1 photocopie du ou des contrats de travail pour l'année considérée,
- ☐ 1 photocopie du livret de famille dans son intégralité,
- ☐ 1 attestation de l'employeur du conjoint certifiant le non versement d'une subvention analogue,
- ☐ L'attestation sur l'honneur jointe à ce dossier, à compléter ci-dessous par le conjoint s'il est demandeur d'emploi ou travailleur indépendant.

Pour le(s) séjour(s)

- ☐ La copie de la prescription médicale,
- ☐ L'attestation de séjour datée et signée par le directeur de l'établissement.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)…….. certifie sur l'honneur que je ne perçois aucune subvention de même nature d'une autre administration ou d'un autre organisme.

Fait à ……., le ……

Signature

BÉNÉFICIAIRES (rétribués sur le budget de l'État)

- Fonctionnaires stagiaires ou titulaires, en activité, rémunérés sur le budget de l'Etat,
- Ayant-droit (veufs ou veuves non remariés titulaires d'une pension de réversion, tuteur d'orphelins d'un agent de l'Education Nationale),
- Fonctionnaires retraités.

CONCERNANT LES NON TITULAIRES :

- Contractuels bénéficiaires de contrat conclus pour une durée égale ou supérieure à 10 mois,
- Accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) recrutés et payés par les DSDEN sur le budget de l'État.

LA DATE D'OUVERTURE DES DROITS EST FIXÉE AU 1ER JOUR DU SEPTIEME MOIS DU CONTRAT INITIAL

I - MONTANT ET FORME DE L'AIDE

26,16 € par jour

II - RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

Coller ici, de façon détachable, le RIB ou le RIP

La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations
- Articles 441-1 et 441-2 du Code Pénal -