

AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL

Conditions pour bénéficier de cette aide au séjour :

- Enfant(s) de moins de 5 ans accompagnant le parent
- Séjour médicalement prescrit, effectué dans un établissement agréé par la sécurité sociale

ACTIF (1) : <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE	DEMANDEUR	CONJOINT (E)
RETRAITE (1) : <input type="checkbox"/> PUBLIC		
Nom d'usage		
Nom de jeune fille (pour les femmes mariées)		
Prénom		
Date de naissance		
Lieu de naissance		
Situation familiale du demandeur (1)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <i>depuis le</i>	<input type="checkbox"/> Vie maritale <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <i>depuis le</i> <input type="checkbox"/> Séparé(e) <i>depuis le</i>
Adresse personnelle Tél. personnel et mail		
Profession		
Nom établissement ou entreprise		
Adresse du lieu d'exercice Tél. professionnel		
Code établissement (RNE)		

Enfants rattachés au foyer				
Nom	Prénom	Date de naissance	Enfants à charge	Observations

(1) Cocher la case correspondante

Important : ne pas agraffer les documents

Enfant pour lequel l'aide au séjour est demandée			
Nom	Prénom	Date de naissance	Dates du séjour

Fait à le **Signature du demandeur**

ATTESTATION DE SEJOUR
(à remplir par l'organisme médical)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Responsable ou directeur/directrice de la maison de repos ou du centre de convalescence :

Nom

Adresse

Ayant reçu un agrément de la sécurité sociale n°

Certifie que l'enfant

a séjourné dans mon établissement du au

Pour une durée totale ou partielle de jours, au taux d'hébergement journalier de €

accompagné de (1) :

- sa mère
- son père

Montant des frais de séjour à la charge de la famille : €

Cachet de l'établissement,

Date et signature,

(1) Cocher la case correspondante

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

Pièce justificative à joindre : Facture de l'établissement d'accueil du séjour médical

Cadre réservé à l'administration						
Prénom de l'enfant	Age	Taux	Nombre de jours	Coût du séjour	Subvention	N° de DP

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Lors de la première demande dans l'académie **ou** en cas de changement de situation :

- Un relevé d'identité bancaire original comportant le nom, prénom et adresse du demandeur
- Une photocopie complète du livret de famille tenu à jour (parents et enfants)

Lors de la première demande de l'année en cours :

- Une photocopie du dernier bulletin de salaire pour les personnels en activité ou un certificat de pension pour les personnels retraités
- Une photocopie du contrat de travail (d'une durée de six mois minimum de l'année de demande pour tous contractuels de droit public rémunérés sur le budget de l'état)
- En cas de divorce ou séparation → copie du jugement de divorce ou du Juge aux Affaires Familiales (uniquement la première page ainsi que celle précisant la résidence des enfants) **ou** attestation de l'avocat ayant engagé la procédure **ou** relevé de compte du mois de la CAF (précisant le profil)
- Une attestation de versement ou de non-versement de prestation(s) datée et signée par l'employeur du conjoint (modèle ci-joint)

Le dossier **complet** et **dûment rempli** est à envoyer **par voie postale** à l'adresse ci-dessous :

Direction des Services Départementaux de L'Education Nationale de la Loire Atlantique

Service Académique d'Action Sociale - 8 Rue du Général Margueritte

BP 72616 - 44326 NANTES CEDEX 03

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

A remplir directement par l'employeur du conjoint sur cet imprimé

ou

joindre une attestation de l'employeur du conjoint comprenant les renseignements ci-dessous.

Je soussigné(e),

Certifie que M. / Mme

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra pas de participation financière pour les prestations suivantes (1) :

- Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans
- Allocation pour les jeunes adultes handicapés étudiants
- Aide aux enfants handicapés pour séjour en centre de vacances spécialisés
- Aide aux parents effectuant un séjour médical

Enfant(s) concerné(s) :

.....
.....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous.

Participation de l'employeur :

Fait à le

Cachet et signature :

(1) Cocher la / les case(s)