

**AIDE AUX SEJOURS EN CENTRES DE VACANCES SPECIALISES**

**Conditions pour bénéficier de cette aide au séjour :**

- Enfant handicapé à charge sans limite d'âge
- Séjour effectué dans un centre agréé spécialisé relevant d'organismes à but non lucratif ou de collectivités publiques.

<b>ACTIF (1) :</b> <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE	<b>DEMANDEUR</b>	<b>CONJOINT (E)</b>
<b>RETRAITE (1) :</b> <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)		

<b>Enfants rattachés au foyer</b>				
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	Taux de handicap

Fait à ..... le ..... **Signature du demandeur**

**ATTESTATION DE SEJOUR**  
(à remplir par l'organisme du séjour de vacances)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom : .....

Responsable ou directeur/directrice du Centre de vacances spécialisé

Nom .....

Adresse .....

Ayant reçu un agrément n° .....

Certifie que l'enfant .....

a séjourné dans mon établissement du ..... au .....

soit un total de ..... jours au taux de .....

demi-journées au taux de .....

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

Cachet de l'établissement,

Date et signature,

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).

**Pièces justificatives à joindre**

- Notification de la Maison Départementale des Handicapés (MDPH)
- Facture de l'établissement d'accueil du séjour

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 ou 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)