

AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL

Deux exemplaires de cet imprimé sont à adresser à :

**Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la Loire Atlantique
SERVICE ACADEMIQUE D'ACTION SOCIALE
8 rue Général Margueritte – B.P. 72616 – 44326 NANTES CEDEX 03**

Pour bénéficier de la subvention pour ce séjour, les conditions sont les suivantes :

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

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

Fait à le

Signature du demandeur

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

(1) Cocher la case correspondante

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.....201

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 obligatoire à joindre uniquement en cas de changement de compte :

RIB, RIP original au nom et prénom de l'agent Education Nationale demandeur.

Cadre réservé à l'administration

Nom et prénom de l'enfant	Age	Taux	Nombre de jours	Coût du séjour	Autres aides perçues par la famille	Subvention