



AIDE AUX SEJOURS

direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Loire-Atlantique



Pour l'année : 2018 **ou** 2019 (1)

- Séjour en centre de loisirs sans hébergement (1)
- Séjour en centre de vacances avec hébergement ou mini-camp (1)
- Séjour linguistique pendant les vacances scolaires (1)

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 du Général Margueritte B P 72616 – 44326 NANTES CEDEX 03

Pour bénéficier de l'aide aux séjours les conditions sont les suivantes :

- Enfant(s) à charge de **moins de 18 ans** à la date de début du séjour.
- Quotient familial (QF) **inférieur ou égal à 12 400 €**
- Centres de loisirs ou de vacances ayant reçu un agrément Ministériel.

Comment calculer son QF (Quotient Familial) :

$$QF = \frac{\text{Revenu brut global des revenus N-2}}{\text{Nombre de parts fiscales N-2}}$$

ACTIF (1) <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE	RETRAITE (1) <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE	DEMANDEUR	CONJOINT (E)
Nom d'usage			
Nom de jeune fille (pour les femmes mariées)			
Prénom			
Date de naissance			
Situation familiale du demandeur		<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 (1)
Adresse personnelle			
Tél. personnel et mail			
Profession			
Nom établissement ou entreprise			
Adresse du lieu d'exercice			
Tél. professionnel			
Code établissement (RNE)			

INFORMATIONS SUR L'ENFANT (2)				
NOM, prénom	Date de naissance	Lieu du séjour	Dates du séjour	Coût à la charge de la famille

- (1) Cocher la case correspondante
- (2) Un exemplaire à fournir par enfant

A.....le.....

Signature du demandeur

Pièces obligatoires : factures séjours

Attention : il n'y a pas de prise en charge pour les séjours avec l'association des Fauvettes

ATTESTATION DE SEJOUR

(à remplir par l'organisme du séjour de vacances)

Je soussigné (e) NOM, prénom)

Responsable ou directeur/directrice du/de la :

CENTRE DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (1)

Ayant reçu un agrément Ministériel sous le n°

Pour ce type de séjour, préciser :

- les dates du séjour : du au 201....
- le nombre de jours : au taux de € par jour
- le nombre de demi-journées : au taux de € par jour
- **le montant des frais de séjour à la charge de la famille :€**

CENTRE DE VACANCES AVEC HEBERGEMENT OU MINI-CAMP (1)

Ayant reçu un agrément Ministériel sous le n°

Pour ce type de séjour, préciser :

- les dates du séjour : du au 201....
- le nombre de jours : au taux de € par jour
- **le montant des frais de séjour à la charge de la famille.....€**

SEJOUR LINGUISTIQUE, organisé pendant les vacances scolaires, par un (e) :

➤ **Administration** : OUI – NON (2)

➤ **Personne physique ou morale ayant la qualité de commerçant et titulaire d'une licence de voyage (art. 4, loi n° 92-845 du 13/07/1992)**

OUI - NON (2) N° licence date :

Préfecture de

➤ **Organisme ou association sans but lucratif titulaire de l'agrément prévu à l'art. 7 de la loi n° 92-64-5 du 13.07.92**

OUI - NON (2) N° licencedate :

Préfecture de

Pour ce type de séjour, préciser :

- les dates du séjour : du au 201..
- le nombre de jours : au taux de€ par jour
- **le montant des frais de séjour à la charge de la famille : €**
- **Sis à** (lieu du séjour)

Certifie que l'enfant (NOM, prénom) A participé au (x) séjour (s).

Fait à le
Cachet de l'organisme et signature

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

QUOTIENT FAMILIAL =

Prénom de l'enfant	Age	Taux	Nombre de jours	Coût du séjour	Autres aides perçues par la famille	Subvention
TOTAL						

(1) Cocher la case correspondante – (2) Rayer la mention inutile