



**AIDE AUX SEJOURS**

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



Pour l'année :  2019 **ou**  2020 (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) :*

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

<b>ACTIF (1)</b>	<b>RETRAITE (1)</b>	<b>DEMANDEUR</b>	<b>CONJOINT (E)</b>
<input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE	<input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE		
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 ..... <p align="right">(1)</p>
Adresse personnelle			
Tél. personnel et mail			
Profession			
Nom établissement ou entreprise			
Adresse du lieu d'exercice			
Tél. professionnel			
Code établissement (RNE)			

<b>INFORMATIONS SUR L'ENFANT (2)</b>				
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° licence .....date : .....  
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
<b>TOTAL</b>						

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