



**AIDE AUX SEJOURS
DANS LE CADRE DU SYSTEME EDUCATIF
(voyage scolaire)**

Pour l'année scolaire : 2017/2018 ou 2018/2019 (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 Général Margueritte – B.P. 72616 – 44326 NANTES CEDEX 03**

Pour bénéficier de la subvention pour séjour d'enfant, les conditions sont les suivantes :

- Enfant(s) à charge de **moins de 18 ans** au début de l'année scolaire,
- Séjour d'une durée de **5 jours minimum et 21 jours maximum** ayant lieu en tout ou partie sur le temps scolaire,
- Quotient familial (QF) **inférieur ou égal à 12 400 €**

Comment calculer son QF (Quotient Familial) :

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

<u>ACTIF (1)</u>	<u>RETRAITE (1)</u>				
<input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> PRIVE	<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"/> Séparé(e) depuis le..... <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le..... <div align="right">(1)</div>		
Adresse personnelle					
Tél. personnel et mail					
Profession					
Nom établissement ou entreprise					
Adresse du lieu d'exercice					
Tél. professionnel					
Code établissement (RNE)					
Enfant pour lequel la prestation est demandée					
Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu du séjour	Dates du séjour	Coût à la charge de la famille

(1) Cocher la case correspondante

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

Signature du demandeur

ATTESTATION DE SEJOUR
(à compléter par l'établissement scolaire de l'enfant)

Je soussigné (e)
 NOM, Prénom
 Proviseur, Principal, Directeur, Directrice, du/de

 Certifie que l'enfant.....
 Né(e) le..... Elève de.....
 Domicilié(e).....
 A participé, **avec sa classe** au séjour organisé dans le cadre scolaire à

 Duausoit.....jours.
 Les frais de séjour **à la charge de la famille** se sont élevés àeuros.

Fait à Le
 (Cachet et Signature du Chef d'Etablissement)

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