



ACADÉMIE
DE MONTPELLIER

Liberté
Égalité
Fraternité

PIM – Séjours d'enfants

Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

**Date limite de réception des dossiers dans le service
Premier jour du séjour + 1 an**

I. Conditions et plafond des ressources

Un dossier doit être constitué et adressé à la DAMÉRAS pour chaque type séjour.

Vous devez être en position d'activité au moment du séjour.

L'attribution de l'aide est fonction du **Quotient Familial (Q.F)** déterminé à partir **du revenu brut global** figurant sur l'avis d'imposition (n-1) portant sur les revenus (n-2) et du nombre de parts (hormis pour les séjours en centres de vacances spécialisés qui ne sont pas soumis à condition de revenus).

Le Quotient Familial (QF) ne doit pas être supérieur à 12 400 €.

Comment calculer votre QF :

$$\text{QF} = \frac{\text{Revenu brut global}}{\text{Nombre de parts}}$$

II. Taux applicables :

Les taux applicables à chaque prestation PIM sont revalorisés chaque année civile.

Ils sont consultables dans la rubrique ACCOLAD « action sociale » dans la circulaire « Taux PIM » publiée chaque année.

PIM « séjours d'enfant »

Année :

DEMANDE DE PAIEMENT

BOP : -----
(réservé à l'administration)

N° tiers CHORUS : -----
(réservé à l'administration)

NOM et Prénom du bénéficiaire : -----

NOM et prénom de l'enfant 1 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 2 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 3 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 4 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

NOM et prénom de l'enfant 5 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----
(réservé à l'administration) *(réservé à l'administration)*

PIM – Séjours d'enfants

Renseignement concernant le demandeur

Nom d'usage : Prénom :

Nom patronymique :

N° Sécurité Sociale : Date de naissance :

Célibataire Marié PACS Veuf Séparé Divorcé Concubinage

Situation familiale depuis le :

Adresse personnelle :

Tél: Courriel :

Etablissement d'affectation :

Grade :

Position d'activité au moment du séjour oui non, si non Disponibilité retraite autre :

Avez-vous déjà bénéficié d'un congé parental oui non, si oui du au

Renseignements concernant les personnes vivant au foyer (autres que le demandeur)

- **Conjoint (concubin, partenaire ou colocataire)**

Nom d'usage et prénom :

Nom patronymique : né(e) le :

Profession : Employeur :

- **Enfants à charge**

Nom et prénom	Date de naissance	Situation scolaire
.....
.....
.....
.....
.....

Renseignements concernant le séjour

- centre de vacances avec hébergement
- centre de loisirs sans hébergement : journée complète demi-journée
- maison familiale de vacances, VVF ou MVF
- gîte de France, VVF, MVF : pension complète demi-pension
- séjour linguistique, au cours des vacances scolaires
- centres de vacances spécialisés pour enfants handicapés
(joindre une copie de la notification AEEH)
- séjour mis en œuvre dans le cadre éducatif

Nom et prénom de l'enfant 1 :

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Période d'accueil : du au

Nombre de jours :

Coût total :

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations :

Montant restant à charge de l'agent :

Nom et prénom de l'enfant 2 :

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Période d'accueil : du au

Nombre de jours :

Coût total :

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations :

Montant restant à charge de l'agent :

Nom et prénom de l'enfant 3 :

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Période d'accueil : du au

Nombre de jours :

Coût total :

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations :

Montant restant à charge de l'agent :

Nom et prénom de l'enfant 4 :

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Période d'accueil : du au

Nombre de jours :

Coût total :

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations :

Montant restant à charge de l'agent :

Nom et prénom de l'enfant 5 :

Nom et adresse de la structure d'accueil :

Période d'accueil : du au

Nombre de jours :

Coût total :

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations :

Montant restant à charge de l'agent :

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature pour ce séjour et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Fait à, le.....

Signature

« Les personnes qui auraient fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de prestations devront rembourser les sommes indûment perçues par elles sans préjudice éventuellement des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur »

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

RECTORAT – DAMERAS – Action Sociale - CS39004 -31 rue de l'université 34064 MONTPELLIER CEDEX2

Tout dossier incomplet sera retourné

Cadre réservé à l'administration

Revenu brut global : ----- QF : -----

Nombre de parts : -----

Nom de l'enfant 1 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 2 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 3 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 4 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 5 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Montpellier, le -----

Pour la rectrice et par délégation,
Le responsable de la DAMERAS

Michel WAREMBOURG



**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT
à REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE d'ACTION SOCIALE**

Je soussigné (1)

Service

Adresse

Coordonnées téléphoniques

certifie (2) que

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type
« séjours d'enfant » pour le séjour ayant eu lieu en date

du à

de type :

- centre de vacances avec hébergement
- centre de loisirs sans hébergement : journée complète demi-journée
- maison familiale de vacances, VVF ou MVF
- gîte de France, VVF, MVF : pension complète demi-pension
- séjour linguistique, au cours des vacances scolaires
- centres de vacances spécialisés pour enfants handicapés
(joindre une copie de la notification AEEH)
- séjour mis en œuvre dans le cadre éducatif

à

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

CACHET
Date et signature originale
**du responsable du service d'action
sociale**

ATTENTION (1)

Un parent (mère ou père) est considéré comme "isolé" lorsqu'il se trouve dans un des cas suivants:

- il vit seul dans un logement où ne vit pas un autre adulte qui ne soit pas à sa charge;
- il vit dans un logement où réside un autre adulte qui n'est pas à sa charge, et avec lequel il ne pourrait pas se marier ou conclure un Pacs (par exemple: père, mère, grands-parents (ascendants), enfant à charge ou non (descendants), frère, sœur, cousin (collatéral)).

Concubinage: Une personne vivant en concubinage n'est pas considérée comme parent isolé.

Pièces à fournir impérativement

- **deux copies de la facture acquittée** mentionnant les nom et prénom du/des enfant(s) ainsi que les dates de début et de fin du séjour et le lieu de séjour.
- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles des personnes vivant au foyer**
- **si vous êtes « parent isolé »(1)** : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.
(si conjoint sans activité, joindre notification Pôle Emploi, notification d'admission à la retraite ou attestation sur l'honneur)
- photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- copie du contrat de travail de durée initiale de 10 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint (service aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

RECTORAT – DAMERAS – Action Sociale - CS39004 -31 rue de l'université 34064 MONTPELLIER CEDEX2

Tout dossier incomplet sera retourné