



**DESCRIPTION DE L'AIDE**

Cette prestation subventionne une partie des frais de séjour des enfants de moins de 5 ans des personnels de l'éducation nationale en maison de repos ou de convalescence.

Montant de l'aide (mis à jour le 1<sup>er</sup> janvier 2024) : **26,16 €** par jour.

**LES CONDITIONS D'OBTENTION DE L'AIDE**

**Les bénéficiaires**

- Les agents titulaires et stagiaires en position d'activité, rémunérés sur le budget de l'Etat, travaillant à temps plein ou partiel ;
- Les agents contractuels, sous réserve que leur contrat soit d'une durée égale ou supérieure à 10 mois au moment du fait générateur ;
- Les retraités de l'éducation nationale résidant dans l'académie ;
- Les AESH ou AED sous réserve que leur contrat soit d'une durée égale ou supérieure à 10 mois au moment du fait générateur ;

**Les modalités à remplir pour percevoir cette prestation**

- L'enfant doit être âgé de moins de 5 ans le 1<sup>er</sup> jour du séjour. Si l'agent est accompagné de plusieurs enfants de moins de 5 ans, la prestation est accordée au titre de chacun d'eux ;
- Le séjour doit être médicalement prescrit et avoir lieu dans un établissement agréé par la sécurité sociale ;
- La durée de prise en charge ne peut dépasser 35 jours par an ;
- La somme résultant du paiement de la prestation ne peut être supérieure à la somme réellement dépensée par la famille.

**A noter : Aucune condition de ressources n'est exigée.**

**Les documents à joindre**

Le dossier de demande comprendra :

- Le formulaire de la demande, dûment rempli et signé, en 3 exemplaires : l'exemplaire **original signé** + 2 copies
- La copie de la prescription médicale ;
- L'attestation de séjour datée et signée par le directeur de l'établissement ou une facture au nom et prénom de l'enfant ;
- La copie du livret de famille ;
- L'attestation de non versement d'une aide similaire ;
- 2 relevés d'identité bancaire ou postale comportant le nom et prénom du demandeur, l'adresse, ainsi que le N° IBAN ;

Pour les non-titulaires :

- Une copie du dernier bulletin de salaire du demandeur ;
- La copie de l'arrêté de nomination ou du contrat de travail.

Pour les personnels séparés ou divorcés :

- La copie du jugement fixant la résidence du (des) enfant(s).

**IMPORTANT** : Signaler dans les meilleurs délais tout changement administratif pouvant intervenir pendant la procédure de traitement du dossier

**La situation de l'agent prise en compte pour l'étude du dossier sera celle de la date de réception du dossier complet qui doit parvenir dans les 06 mois suivant l'accomplissement du séjour au :**

Rectorat d'Orléans-Tours  
PARH - Bureau de l'action sociale  
21 rue Saint Etienne - 45043 ORLEANS cedex 1



**ACADÉMIE  
D'ORLÉANS-TOURS**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*  
Version janvier 2024

**Aide aux parents séjournant  
en maison de repos avec leur enfant**

- Enfant de moins de 5 ans
- Séjour médicalement prescrit effectué dans un établissement agréé par la sécurité sociale

**DEMANDE DE PRESTATION**

| Renseignements :                                       | Demandeur   |  | Conjoint   |   |
|--|---|--|--|---|
| Nom et prénom  |   |  |  |   |
| Date et lieu de naissance                              |   |  |  |   |
| Profession   |   |  |  |   |
| contractuel  | <input type="checkbox"/> CBI  | <input type="checkbox"/> CDD > 10 mois | <input type="checkbox"/> 6 mois < CDD < 10 mois  | <input type="checkbox"/> 6 mois < CDD < 10 mois |
| Adresse personnelle complète                           |   |  |  |   |
| Téléphone et mail                                      |   |  |  |   |
| N° INSEE   |   |  |  |   |
| Dénomination et ville de l'établissement d'affectation |   |  |  |   |
| Situation familiale du demandeur (préciser la date)    | <input type="checkbox"/> Marié(e) ..... <input type="checkbox"/> Divorcé(e) .....<br><input type="checkbox"/> Séparé(e) ..... <input type="checkbox"/> Veuf / veuve ..... |  | <input type="checkbox"/> PACS ..... <input type="checkbox"/> Célibataire .....<br><input type="checkbox"/> Concubinage ..... |   |

| Nom de l'(es) enfant(s) | Prénom de l'(es) enfant(s) | Date de naissance de l'(es) enfant(s) |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
|                         |                            |                                       |

Le demandeur, certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

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

*Signature du demandeur*

**Attestation de séjour**

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) \_\_\_\_\_, responsable ou directeur de la maison de repos (Nom et adresse de l'établissement) :

Certifie que l'enfant : \_\_\_\_\_, a séjourné dans mon établissement du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_, pour une durée totale de \_\_\_\_\_ au taux d'hébergement de \_\_\_\_\_ €, accompagné de sa  mère ; de son  père.

*Cachet, date et signature*

**IMPORTANT : Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (Articles 441-1 et 441-6 du code pénal) Montant de l'aide (mis à jour le 1<sup>er</sup> janvier 2024) : 26,16 € par jour**

|  |   |
|--|---|
| <b>Partie réservée à l'administration.</b>   | <b>Date d'arrivée dans le service :</b> ..... |
| Age de l'enfant : .....  | Prix payé par la famille : .....              |
| Nombre de jours : .....  | Montant à payer : .....                       |
| Taux journalier : .....  |   |
| <b>Le recteur certifie que les conditions imposées par la réglementation pour bénéficier de la prestation sociale sont remplies.</b> |   |
| A Orléans, le .....  |   |

## Attestation de non versement d'une aide similaire

*A faire remplir par l'employeur du conjoint (lié par mariage, pacs ou concubinage) travaillant dans le secteur privé ou dans une administration, autre que l'Education nationale*

Je soussigné (e).....

en qualité de .....

Atteste                     participer aux frais                     ne pas participer aux frais

Du séjour dans une maison de repos ou de convalescence de l' (les) enfant(s) de Monsieur ou Madame :

(Nom et Prénom du demandeur) .....

| NOM<br>de l'enfant | PRENOM<br>de l'enfant | Période du<br>séjour                  | Montant versé par<br>l'employeur au titre de<br>la PIM* | Montant versé par<br>l'employeur au titre de<br>participation aux frais de<br>séjours (autre que la PIM) |
|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|---|--|
| .....              | .....<br>.....        | du .....<br>.....<br>au.....<br>..... |   |  |
| .....              | .....<br>.....        | du.....<br>.....<br>au.....<br>.....  |   |  |
| .....              | .....<br>.....        | du.....<br>.....<br>au.....<br>.....  |   |  |

\* la PIM (prestation interministérielle) est une prestation sociale concernant uniquement les fonctionnaires.

Fait à..... le.....

*Cachet et signature*