



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^{er} 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^{er} 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"/> 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) <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf / veuve <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^{er} janvier 2024) : 26,16 € par jour

Partie réservée à l'administration.	Date d'arrivée dans le service :
Age de l'enfant :	Prix payé par la famille :
Nombre de jours :	Montant à payer :
Taux journalier :	
Le recteur certifie que les conditions imposées par la réglementation pour bénéficier de la prestation sociale sont remplies.	
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 de l'enfant	PRENOM de l'enfant	Période du séjour	Montant versé par l'employeur au titre de la PIM*	Montant versé par l'employeur au titre de participation aux frais de séjours (autre que la PIM)
.....	du au.....		
.....	du..... au.....		
.....	du..... au.....		

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

Fait à..... le.....

Cachet et signature