Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie Paris

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

PRESTATIONS POUR SÉJOURS D'ENFANTS

Imprimé à établir pour chaque enfant en double exemplaire

ACADÉMIE DE PARIS

Rectorat de l'Académie de Paris

SERVICE DES AFFAIRES MÉDICALES ET SOCIALES (SAMS)
12 boulevard d'Indochine
- CS 40 049 –
75933 Paris Cedex 19
Tél. : 01 44 62 40 99
- Email : mourad.benmansour@ac-paris.fr

À remplir par le demandeur :

NOM – Prénom :.....

Situation de famille : Marié(e) ⊂ Pacsé(e) ⊂ Célibataire ⊂ Veuf(ve) ⊂ Séparé(e) ⊂ Divorcé(e) ⊂
En concubinage ⊂

Lien de parenté avec l'enfant : père – mère – tuteur

Adresse personnelle et n° de téléphone :.....

.....

.....

Profession :.....

Établissement d'exercice et n° de téléphone :.....

..... et RNE.....

Numéro NUMEN : | | | | | | | | | | | | | | **(Obligatoire)**

Nom et prénoms de l'enfant : ..... Date de naissance :.....

Profession et employeur du conjoint :.....

.....

Fait à, *le*

Signature

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- ⊂ Photocopie de l'avis d'imposition ou de non imposition de l'année de l'année **N-2.**
- ⊂ Photocopie du livret de famille (parents et enfants).
- ⊂ Photocopie d'un bulletin de salaire récent.
- ⊂ Relevé d'identité bancaire ou postal.
- ⊂ Attestation de l'employeur du conjoint ou du concubin précisant que celui-ci ne perçoit aucune allocation similaire.
- ⊂ Déclaration sur l'honneur du conjoint ou du concubin indiquant sa situation professionnelle.
- ⊂ Photocopie de la carte d'inscription du chômage.
- ⊂ Photocopie de la carte d'invalidité de l'enfant handicapé.
- ⊂ Photocopie du jugement du divorce ou preuve de séparation.
- ⊂ Photocopie de la facture du séjour.

PARTIE RÉSERVÉE AU RECTORAT DE L'ACADÉMIE DE PARIS

À remplir par le responsable du séjour :

Je soussigné(e) Mme – M : ..... (Qualité).....

Agissant en qualité de : .....

Certifie que l'enfant NOM : .....

Prénom :.....

Né(e):.....

⊂ Colonies (France et Étranger) et semaines aérées
⊂ Séjours linguistiques
⊂ Colonies handicapés

A séjourné .....

Sis à

.....

Organisé par .....

Agréé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports. N° d'agrément : .....

Séjour du ..... au ..... soit ..... jours.

Moyennant le prix total de ..... Euros.

Hébergé dans une famille ⊂ En collectivité ⊂ Sans hébergement ⊂

Date : ***SIGNATURE (manuscrite)*** ***Cachet de l'organisme***

⊂ CENTRES AÉRÉS *(mercredis + vacances scolaires uniquement)*

A séjourné au CENTRE AÉRÉ agréé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports

Organisé par *(adresse et tél.)* .....

N° d'agrément .....

Année 20. . . . . du ..... au ..... soit …. jours TOTAL ANNUEL PAYÉ .....Euro.

Année 20. . . . . du ..... au ..... soit …. jours TOTAL ANNUEL PAYÉ ..... Euro.

Le père, la mère, le tuteur s'est acquitté des frais de séjour.

Date : ***SIGNATURE (manuscrite)*** ***Cachet de l'organisme***