|  |
| --- |
| **SÉJOURS EN CENTRE DE VACANCES SPÉCIALISÉS POUR ENFANTS HANDICAPÉS** |
| **(À retourner dans le mois qui suit la prestation)** |
|  |
|  |
|  |
| **NOM - Prénom** **:** ……………………………………… | **Nom de jeune fille** **:** …………………………………………... |
| **N° Sécurité Sociale** **:** \_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ **CLE**\_\_\_ / |  |
| **État civil** **:**  | □ Célibataire  | □ Marié(e) | □ Vie maritale | □ Pacsé(e)  | □ Divorcé(e)  | □ Séparé(e) | □ Veuf(ve)  |
| **Grade :** ………………………………………………………… |  |
| **Établissement d’exercice** **:** | □ Public  | □ Privé |
| **Désignation et adresse :** | ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
| **Adresse Personnelle :** | ………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………. |
| **N° tél personnel :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ | **N° tél portable :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ |
| **Adresse email :** | ………………………………………… | @........................... |
|  |
| **NOM – Prénom du conjoint :** | …………………………….……………………………………………………………………… |
| **Profession et employeur du conjoint :** | …………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………. |
|  |
|  |
| **IDENTIFICATION DE L’ENFANT HANDICAPÉ** |
| **NOM** | **Prénom** | **Date de naissance** |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| Bénéficiez-vous de l’aide aux vacances des CAF ? | * Non
 | * Oui
 | Montant par enfant : |
| Bénéficiez-vous de l’aide d’autres organismes (comité d’entreprise...) ? | * Non
 | * Oui
 | Montant par enfant : |
|  |
|  |
| Le demandeur certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis et s’engage à signaler tout changement qui pourrait intervenir dans sa situation familiale ou professionnelle ou cours de la période de validité du présent dossier.Toute fausse déclaration entraînera le remboursement de l’aide indument perçue.**La loi réprime les fraudes et les fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 al. 2 du Code Pénal)** |
|  |
| **Fait à**  ………………………………………………..………… | **Signature du demandeur** |
| **Le** ……………………………………………………………… |
|  |
|  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PARTIE À REMPLIR PAR L’ORGANISME ORGANISATEUR** |
|  |
| **Nom de l’organisme :** …………………………………………………………………………… | **Tél :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ |
| **Adresse de l’organisme :** …………………………………………………………………………………………………………… |
| **Nom – Prénom du directeur :** ………………………………………………………………………………………………………. |
| **Colonie située :** ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| **N° d’enregistrement du séjour auprès de Jeunesse et Sports :** ………………………………………………………..……….. |
| **OU** |
| **Gîte d’enfant situé :**…………………………………………………………………………………………………………………. |
| **N° d’agrément de la Fédération des gîtes ruraux :** ………………………………………………………..……………………… |
|  |
|  |
| **Certifie que l’enfant ......................................................................................... a séjourné dans mon établissement** |
|  |
|  |
| **Date de début du séjour** | **Date de fin du séjour** | **Nombre de jours** | **Montant réel des frais à charge de la famille** |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| **Fait à**  ………………………………………………..………… | **Cachet et signature du responsable** |
| **Le** ……………………………………………………………… |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
|  |
| **CADRE RÉSERVÉ À L’ADMINISTRATION** |
| **N° Fournisseur CHORUS** |  |
| **N° RIB CHORUS** |  |
| **Nombre de jours**  | **Taux journalier** | **Total** |
|  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SÉJOURS EN CENTRE DE VACANCES SPÉCIALISÉS POUR ENFANTS HANDICAPÉS** |

**(à retourner dans le mois qui suit la prestation)**

**PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE**

* 1 relevé d’identité bancaire ou postale - RIB ou RIP (pour une première demande ou un changement de compte)
* 1 copie du dernier bulletin de salaire du demandeur faisant apparaître l’affectation ou à défaut, une copie du PV d’installation ou du titre de pension pour les retraités
* 1 copie du livret de famille complet
* 1 attestation de l’employeur du conjoint faisant apparaître le non versement de toute aide comparable
* 1 copie de l’avis d’imposition complet de l’année n-2 (exemple pour l’année 2020 : avis d’imposition 2019 sur les revenus 2018) ou de chaque concubin si couple non marié
* Pour les non-titulaires, 1 copie du dernier arrêté de nomination mentionnant la durée du contrat ou 1 copie des contrats successifs couvrant 6 mois pleins
* Pour les couples divorcés, 1 copie du jugement de divorce mentionnant la garde des enfants
* 1 copie de la facture acquittée