

## PRESTATION INTERMINISTERIELLE

### Allocation aux parents d'enfants handicapés ou infirmes de moins de 20 ans

#### Renseignements 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  oui  non si non  Disponibilité  retraite  autre : .....

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

#### Renseignements concernant le père (mère) de l'enfant en situation de handicap

Nom d'usage et prénom : .....

Nom patronymique : ..... né(e) le : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

.....

Le père (ou mère) de l'enfant perçoit-il un aide similaire de la part de son employeur ?

oui  non, si oui quel en est le montant : .....

## Renseignements concernant l'enfant

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date de Naissance : ..... Taux d'incapacité : .....

A.E.E.H attribuée du ..... au .....

**Bénéficiez-vous de la prestation de compensation du handicap (PCH) :  oui  non**

Votre enfant est-il placé dans un établissement :  oui  non

Si oui est-il ?  externe  interne

Avec prise en charge intégrale :  oui  non

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature 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 »*

**Dossier à renvoyer au**

**RECTORAT DE MONTPELLIER  
DAMERAS - Bureau de l'Action Sociale  
31 rue de l'Université  
CS 39004  
34064 MONTPELLIER cedex 2**



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**PIM- allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans**

**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  
« allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans » pour l'enfant :

.....

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**

## Pièces à fournir impérativement

- Photocopie de la notification de décision d'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)
- Attestation sur l'honneur de non perception de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- un relevé d'identité bancaire ou postale, original et récent du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.
- 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.