

## PRESTATION INTERMINISTERIELLE

### Aide aux séjours d'enfants de moins de 18 ans

Les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.

**Date limite de réception de la demande dans le service = Date du premier jour du séjour + 1an  
(Le tampon d'arrivée dans le service faisant foi)**

#### Conditions – Plafond des ressources :

Vous devez être en position d'activité au moment du séjour.

L'attribution de l'aide est fonction du **Quotient Familial (Q.F)** déterminé à partir **du revenu brut global** figurant sur l'avis d'imposition (n-1) portant sur les revenus (n-2) et du nombre de parts (hormis pour les séjours en centres de vacances spécialisés qui ne sont pas soumis à condition de revenus).

Le Quotient Familial (QF) ne doit pas être supérieur à 12 400 €.

Comment calculer votre QF :

$$\text{QF} = \frac{\text{Revenu brut global}}{\text{Nombre de parts}}$$

#### Montant de l'aide

Les taux applicables à chaque prestation PIM sont revalorisés chaque année civile.

Ils sont consultables dans la rubrique ACCOLAD « action sociale » dans la circulaire « Taux PIM » publiée chaque année.



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## **PRESTATION INTERMINISTERIELLE**

### **Aide aux séjours d'enfants de moins de 18 ans**

#### **DEMANDE DE PAIEMENT**

BOP :

*(réservé à l'administration)*

N° tiers CHORUS :

*(réservé à l'administration)*

NOM et Prénom du bénéficiaire : -----

**NOM et prénom de l'enfant 1 :** -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----  
*(réservé à l'administration) (réservé à l'administration)*

**NOM et prénom de l'enfant 2 :** -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----  
*(réservé à l'administration) (réservé à l'administration)*

**NOM et prénom de l'enfant 3 :** -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----  
*(réservé à l'administration) (réservé à l'administration)*

**NOM et prénom de l'enfant 4 :** -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----  
*(réservé à l'administration) (réservé à l'administration)*

## PRESTATION INTERMINISTERIELLE

### Aide aux séjours d'enfants de moins de 18 ans

#### Renseignement 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 au 1<sup>er</sup> jour de la prestation

oui  non si non  disponibilité  retraite  autre : .....

#### Renseignements concernant les personnes vivant au foyer (autres que le demandeur)

Nom d'usage et prénom : .....

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

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

#### Renseignements concernant les enfants

Nom et prénom

Date de naissance

Situation scolaire

.....

.....

.....

.....

.....

## Renseignements concernant le séjour

- centre de vacances avec hébergement
- centre de loisirs sans hébergement : journée complète/demi-journée
- maison familiale de vacances, VVF ou MVF
- gîte de France, VVF, MVF : pension complète  demi-pension
- séjour linguistique, au cours des vacances scolaires
- centre de vacances spécialisées pour enfants handicapés
- séjour mis en œuvre dans le cadre éducatif (voyages scolaires)

**Nom et prénom de l'enfant 1 :** .....

Nom et adresse de la structure d'accueil : .....

Période d'accueil : du ..... au .....

Nombre de jours : ..... Coût total : .....

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations : .....

**Montant restant à charge de l'agent :** .....

**Nom et prénom de l'enfant 2 :** .....

Nom et adresse de la structure d'accueil : .....

Période d'accueil : du ..... au .....

Nombre de jours : ..... Coût total : .....

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations : .....

**Montant restant à charge de l'agent:** .....

**Nom et prénom de l'enfant 3 :** .....

Nom et adresse de la structure d'accueil : .....

Période d'accueil : du ..... au .....

Nombre de jours : ..... Coût total : .....

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations : .....

**Montant restant à charge de l'agent:** .....

**Nom et prénom de l'enfant 4 :** .....

Nom et adresse de la structure d'accueil : .....

Période d'accueil : du ..... au .....

Nombre de jours : ..... Coût total : .....

Bon CAF, chèques vacances ou autres prestations : .....

**Montant restant à charge de l'agent:** .....

**Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu de prestation de même nature pour les prestations demandées 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 »*

### Cadre réservé à l'administration

Revenu brut global : ----- QF : -----

Nombre de parts : -----

Nom de l'enfant 1 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 2 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 3 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Nom de l'enfant 4 : -----

Montant attribué : ----- N° de DP : -----

Montpellier, le -----

Pour le préfet et par délégation  
Pour la rectrice et par délégation,  
La responsable de la DAMÉRAS

Frédérique CHARLEUX



**ACADÉMIE  
DE MONTPELLIER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**PIM - Aide aux séjours d'enfants de moins de 18 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  
« séjours d'enfants » pour le séjour ayant eu lieu en date

du ..... à .....

de type :

- centre de vacances avec hébergement
- centre de loisirs sans hébergement : journée complète/demi-journée
- maison familiale de vacances, VVF ou MVF
- gîte de France, VVF, MVF : pension complète  demi-pension
- séjour linguistique, au cours des vacances scolaires
- centre de vacances spécialisées pour enfants handicapé  
(joindre une copie de la notification AEEH)
- séjour mis en œuvre dans le cadre éducatif

à .....

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**

(1) Nom du responsable de l'entreprise

(2) Nom et prénom du conjoint

## Pièces à fournir impérativement

- ⇒ copie intégrale du livret de famille tenu à jour
- ⇒ **un relevé d'identité bancaire ou postale**, original du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- ⇒ **une copie** de l'avis d'imposition n-1 portant sur les revenus n-2 **complète et lisible**
- ⇒ **une copie de la facture acquittée datée**, mentionnant **les nom et prénom du/des enfant(s) ainsi que les dates de début et de fin du séjour et le montant payé**
- ⇒ une copie de la notification AEEH pour les séjours de vacances spécialisées
- ⇒ photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint.  
(si conjoint sans activité, joindre notification France travail, 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
- ⇒ si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite assortie d'un justificatif de la CAF.  
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- ⇒ attestation de l'employeur du conjoint (service d'aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint)

### Dossier à renvoyer au

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

**Tout dossier incomplet sera retourné**