

## Spécial Prestations Académiques d'action sociale

Les personnels de l'Education Nationale peuvent prétendre à bénéficier (en dehors des prestations interministérielles) des actions sociales d'initiative académiques (**ASIA**)

Ces ASIA sont définies à la CAAS de Montpellier (commission académique d'action sociale) où siègent les représentants des personnels.

Les prestations d'action sociale sont, soit soumises à un plafond de ressources, soit modulées par tranches progressivement sur la base du Quotient Familial : **QF**

Comment calculer le quotient familial :  $QF = RFR / NP$

(RFR = Revenu Fiscal de référence de l'année N-2 : avis d'imposition 2014 sur les revenus de 2013, divisé par NP = nombre de parts fiscales N-2)

Pour pouvoir bénéficier des ASIA dans l'académie de Montpellier, le QF doit être **inférieur à 14 000 €**.

### **Cette brochure rassemble les notices d'information et les formulaires relatifs à chacune des prestations**

Ces documents sont aussi téléchargeables sur le site académique :

<https://personnels.ac-montpellier.fr/sections/personnels/aides-aux-personnels/prestations-d-action>

- **ASIA - aide au logement étudiant**
- **ASIA - aide à la garderie scolaire et aux temps d'activités périscolaires**
- **ASIA – aide à la pratique des activités sportives et culturelles des enfants**
- **ASIA - aide à l'accès aux soins**
- **ASIA -séjours d'enfants de moins de 18 ans**
- **ASIA -AIP/CIV pour les AED affectés dans les établissements REP+**

Toute demande doit être adressée à :

**RECTORAT – SCRCAS – Action Sociale - CS39004 - 31 rue de l'université 34064 MONPELLIER CEDEX2**

## ASIA – Aide au logement étudiant

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 bail + 3 mois**

### I. Objectifs :

Apporter une aide aux parents dont les enfants poursuivent une année d'étude ou de formation éloignée du domicile familial, et qui prennent un logement en location (appartement, chambre ou résidence universitaire), ou sont internes.

### II. Plafond des ressources-barème d'attribution :

L'attribution de l'aide et son montant sont 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.

Le QF ainsi calculé ne doit pas être supérieur à 14000 €.

Comment calculer votre QF :

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

Quotient familial - QF	Montant maximum de l'aide
QF < 3750 €	610€
3750 € < QF ≤ 5250 €	510€
5250 € < QF ≤ 6500 €	420€
6500 € < QF ≤ 10000 €	310€
10000 € < QF ≤ 14000 €	250€

### III. Modalités d'attribution :

Le lycéen ou étudiant doit être **inscrit dans un cycle d'études secondaires ou supérieures**, ou un cycle de formation ayant entraîné **une installation, à titre onéreux, hors du domicile familial (distance de plus de 40km)**. **Cette aide n'est accordée qu'une seule fois par enfant au cours de sa scolarité.**

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

RECTORAT – SCRCAS – Action Sociale  
CS39004  
31 rue de l'université  
34064 MONPELLIER CEDEX2

**Tout dossier incomplet sera retourné**

**ASIA « Aide logement étudiant »**

Année :

**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 :** .....

Montant attribué : ..... €  
*(réservé à l'administration)*

N° de DP : .....  
*(réservé à l'administration)*

## ASIA – Aide au logement étudiant

### 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 : .....

### Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)

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 logement

Nom de l'enfant pour lequel l'aide est sollicitée : .....

Études effectuées l'année précédente : .....

Études effectuées durant l'année en cours : .....

Lieu de scolarisation : .....

Date de début du bail : .....

Distance (en km) entre la résidence familiale et l'établissement fréquenté : .....

Élève boursier :  oui  non

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu aucune prestation de même nature pour ce logement 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 : .....

Montant attribué : ..... N° de DP : .....

Montpellier, le .....

Pour le recteur et par délégation,  
Le responsable du SCRCAS

Michel WAREMBOURG

## Pièces à fournir impérativement

- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles**
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'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 certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint)
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.
- copie du contrat de travail de durée initiale de 6 mois pour les agents non titulaires
- copie dernier bulletin de salaire du demandeur et de son conjoint (ou titre de pension)
- photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- certificat de scolarité de l'année en cours

- **Concernant le logement:**

Justificatifs des frais engagés pour l'installation hors du domicile familial : **deux copies du bail** et de la quittance de loyer/attestation de résidence universitaire/attestation de l'établissement scolaire où l'élève est interne.

**Pour un lycéen** : attestation mentionnant le montant perçu, ou le non-bénéfice, des fonds sociaux lycéens. En cas de perception de cette aide, l'ASIA ne sera versée qu'à titre de complément, afin que le total des deux aides atteigne le montant normalement dû par l'ASIA.

**Pour un élève boursier** : attestation d'attribution de bourse.

### Dossier à renvoyer au

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

**DATE LIMITE DE RÉCEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE  
PREMIER JOUR DU BAIL + 3 MOIS**

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné (1) .....

Certifie (2) que .....

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type  
« aide au logement étudiant » pour le logement situé à l'adresse suivante

.....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

CACHET  
Date et signature originale  
du responsable hiérarchique



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



## ASIA – Aide à la garderie scolaire et aux temps d'activités périscolaires

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 des dossiers dans le service  
Premier jour de garderie + 6 mois**

### I. Objectifs :

Apporter une aide aux parents dont les enfants fréquentent la garderie de l'école, les matins et/ou les soirs et aux parents dont les enfants participent à des Temps d'Activités Périscolaires (TAP) payants.

Cette aide n'est pas cumulable avec une aide de même nature.

### II. Plafond des ressources

L'attribution de l'aide et son montant sont 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.

Le Quotient Familial (QF) ainsi calculé ne doit pas être supérieur à 14000 €.

Comment calculer votre QF

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

### III. Barème et montant de l'aide

Quotient familial - QF	% de participation
QF < 3750 €	70 %
3750 € < QF ≤ 5250 €	65 %
5250 € < QF ≤ 6500 €	55 %
6500 € < QF ≤ 10000 €	45 %
10000 € < QF ≤ 14000 €	35 %

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

RECTORAT – SCRCAS – Action Sociale  
CS39004  
31 rue de l'université  
34064 MONPELLIER CEDEX2

**Tout dossier incomplet sera retourné**

**DEMANDE DE PAIEMENT**

BOP : ..... N° tiers CHORUS : .....  
*(réservé à l'administration)* *(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)*

**NOM et prénom de l'enfant 5 :** .....

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

## ASIA – Aide à la garderie scolaire et aux temps d'activités périscolaires

### 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 : .....

### Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)

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 la garde

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

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

.....

Période d'accueil : du ..... au .....

**Coût total** : .....

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

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

.....

Période d'accueil : du ..... au .....

**Coût total** : .....

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

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

.....

Période d'accueil : du ..... au .....

**Coût total** : .....

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

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

.....

Période d'accueil : du ..... au .....

**Coût total** : .....

**Nom et prénom de l'enfant 5 :** .....

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

.....

Période d'accueil : du ..... au .....

**Coût total** : .....

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu aucune prestation de même nature pour cette période de garde 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 : -----

Nom de l'enfant 5 : -----

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

Montpellier, le -----

Pour le recteur et par délégation,  
Le responsable du SCRCAS

Michel WAREMBOURG

## Pièces à fournir impérativement

- **deux copies de la facture acquittée** mentionnant le nom et prénom de l'enfant, la période de garde.
- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles**
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.  
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- 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 6 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.

### Dossier à renvoyer au

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE  
PREMIER JOUR DE GARDERIE + 6 MOIS**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Je soussigné (1) .....

Certifie (2) que .....

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type « aide à la garderie scolaire et aux temps d'activités périscolaires» pour la période du ..... 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 hiérarchique**



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



## ASIA – Participation aux activités culturelles et sportives pour les enfants de moins de 16 ans Année 2015

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.

**La date limite de RÉCEPTION des dossiers 2015 DANS LE SERVICE est fixée au 17 novembre 2015 inclus**

### I. Objectifs :

Encourager la pratique d'une activité culturelle ou sportive chez les enfants de moins de 16 ans.

### II. Conditions-Plafond des ressources :

**Attention** : cette ASIA est accordée une seule fois par année civile, par enfant âgé de moins de 16 ans au premier jour de l'abonnement, et concerne les abonnements d'une durée de 6 mois minimum.

- L'aide concerne tout abonnement souscrit au titre de l'année scolaire 2015/2016
- L'attribution de l'aide et son montant sont 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.

Le Quotient Familial (QF) ainsi calculé ne doit pas être supérieur à 14000 €.

Comment calculer votre QF

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

### III. Montant de l'aide :

Le montant du forfait est de 30 euros maximum, par an, par enfant.

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

**RECTORAT – SCRCAS – Action Sociale - CS39004 -31 rue de l'université 34064 MONPELLIER CEDEX2**

**Tout dossier incomplet sera retourné**

**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)*

**NOM et prénom de l'enfant 5 :** .....

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

**ASIA – Participation aux activités culturelles et  
sportives pour les enfants de moins de 16 ans  
Année 2015**

**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 début des activités  oui  non si non  Disponibilité  retraite  autre :

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

**Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)**

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 les activités

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

Nom et adresse de l'organisme où est exercée l'activité: .....

.....

Durée de l'abonnement : du ..... au .....

**Coût de l'activité** : .....

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

Nom et adresse de l'organisme où est exercée l'activité: .....

.....

Durée de l'abonnement : du ..... au .....

**Coût de l'activité** : .....

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

Nom et adresse de l'organisme où est exercée l'activité: .....

.....

Durée de l'abonnement : du ..... au .....

**Coût de l'activité** : .....

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

Nom et adresse de l'organisme où est exercée l'activité: .....

.....

Durée de l'abonnement : du ..... au .....

**Coût de l'activité** : .....

**Nom et prénom de l'enfant 5 :** .....

Nom et adresse de l'organisme où est exercée l'activité: .....

.....

Durée de l'abonnement : du ..... au .....

**Coût de l'activité** : .....

Je certifie sur l'honneur n'avoir 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 »*

### 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 : .....

Nom de l'enfant 5 : .....

Montant attribué : ..... N° de DP : .....

Montpellier, le .....

Pour le recteur et par délégation,  
Le responsable du SCRCAS

Michel WAREMBOURG

ASIA- Aide aux activités culturelle et sportives  
enfant de moins de 16 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  
« aide aux activités culturelles et sportives enfant de moins de 16 ans » au titre de l'année scolaire  
2015/16

désignation de l'activité .....

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

- **deux copies de la facture acquittée** d'inscription à l'activité : **datée et signée**, portant **mention du coût total** de l'adhésion, des **nom et prénom** de l'enfant et de la **période d'abonnement**.
- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles**
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.  
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- 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 6 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint ( service d'aides sociales) certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint)
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.

### Dossier à renvoyer au

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

**DATE LIMITE DE RÉCEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE  
17 NOVEMBRE 2015**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET AU 17 NOVEMBRE 2015 FERA L'OBJET D'UN REJET**



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



## ASIA – Aide à l'accès aux soins Personnels actifs et retraités

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 des soins figurant sur le relevé de prestations + 6 mois**

### I. Objectifs :

- Apporter une aide aux personnels, à leur conjoint et à leurs enfants sur une partie des dépenses engagées pour certains frais médicaux, optiques, etc.
- Apporter une aide à l'agent qui doit temporairement, se loger près d'un établissement de soins suite à l'hospitalisation de son conjoint ou enfant.

Le reste à charge doit être de 100€ minimum **après remboursement de la Sécurité Sociale et de la mutuelle**, et est plafonné à 3050€.

Quelques exemples de soins qui ne sont pas pris en charge au titre de cette ASIA : les dépassements d'honoraires, l'orthodontie enfant et adulte, les frais pour chambres particulières, l'hébergement dans le cadre d'une cure, les soins dentaires hors protocole, les implants dentaires, les frais supplémentaires dus aux soins effectués hors parcours de soin, les consultations de médecins, les montures de lunettes, les lentilles, les frais pour appareillage auditif...

### II. Plafond des ressources

L'attribution de l'aide et son montant sont 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.

Le Quotient Familial (QF) ainsi calculé ne doit pas être supérieur à 14000 €.

Comment calculer votre QF :

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

### III. Barème et montant de l'aide

Quotient familial - QF	% de participation
QF < 3750 €	70 %
3750 € < QF ≤ 5250 €	65 %
5250 € < QF ≤ 6500 €	55%
6500 € < QF ≤ 10000 €	45 %
10000 € < QF ≤ 14000 €	35 %

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

**RECTORAT – SCRCAS – Action Sociale - CS39004 -31 rue de l'université 34064 MONPELLIER CEDEX2**

**Tout dossier incomplet sera retourné**

**ASIA « Aide à l'accès aux soins-Personnels actifs et retraités »**

Année :

**DEMANDE DE PAIEMENT**

BOP : -----  
*(réservé à l'administration)*

N° tiers CHORUS : -----  
*(réservé à l'administration)*

NOM et Prénom du bénéficiaire : -----

Montant attribué : ----- €  
*(réservé à l'administration)*

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



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



N° tiers CHORUS :

## ASIA – Aide à l'accès aux soins Personnels actifs et retraités

### Renseignement concernant le demandeur

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom patronymique : .....

N° Sécurité Sociale : ..... Date de naissance : .....

Célibataire  Marié  PACS  Veuf  Séparé  Divorcé  Concubin/vie maritale

Situation familiale depuis le : .....

Adresse personnelle : .....

.....  
.....

Tél: ..... Courriel : .....

Etablissement d'affectation : .....

Grade : .....

### Renseignements concernant le conjoint, conjoint et/ou le père (mère)

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 les soins

Description des soins : .....

Bénéficiaire : ..... Soins effectués en date du : .....

**Coût total** : ..... €

**Participation financière** : Sécurité sociale : .....  
Mutuelle : .....

**Total remboursé** : .....

**Reste à charge** = coût total — participation financière = .....

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature pour ces soins 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 : .....

Montant attribué : ..... N° de DP : .....

Montpellier, le .....

Pour le recteur et par délégation,  
Le responsable du SCRCAS

Michel WAREMBOURG

## Pièces à fournir impérativement

- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
  - **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles**
  - si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'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 certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint)
  - copie intégrale du livret de famille tenu à jour.
  - copie du contrat de travail de durée initiale de 6 mois pour les agents non titulaires
  - dernier bulletin de salaire du demandeur et de son conjoint (ou titre de pension)
  - photocopie de l'arrêté de mise à la retraite s'il y a lieu
- **Justificatifs des frais :**
- **deux copies du relevé des prestations** : décomptes de remboursements mutuelle et sécurité sociale
  - protocole d'accord MGEN/CNSD s'il y a lieu
  - **deux copies factures acquittées** – **Attention** : les devis ne sont pas pris en compte.

Pour les dépenses de logement de l'agent accompagnateur : **deux copies** du certificat d'hospitalisation de la personne accompagnée et facture de l'hôtel/résidence hôtelière ou maison d'accueil.

### Dossier à renvoyer au

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

**DATE LIMITE DE RÉCEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE**  
**DATE DES SOINS FIGURANT SUR LE RELEVÉ DE PRESTATIONS + 6 MOIS**

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné (1) .....

Certifie (2) que .....

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type « aide à l'accès aux soins » pour les soins effectués en date du ..... au ..... de type .....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

CACHET  
Date et signature originale  
du responsable hiérarchique



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



## ASIA – AIP/CIV pour les AED

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 des dossiers dans le service  
Premier jour du bail + 6 mois**

### I. Objectifs :

Apporter une aide destinée à couvrir une partie des frais d'installation pour les assistants d'éducation affectés dans les établissements REP+

Cette aide n'est pas cumulable avec une aide de même nature.

### II. Plafond des ressources

Pour un déménagement effectué au cours de l'année N, votre revenu fiscal de référence (RFR) pour l'année n-2 doit être inférieur ou égal à 24 818 € si vous disposez d'une seule part fiscale (un seul revenu au foyer du demandeur) ou 36 093 € si vous disposez de 2 parts ou plus.

Le montant de l'aide est fixé à 900 € et ne peut dépasser le montant des frais engagés par le demandeur.

### III. Conditions d'attribution

- Etre locataire et signataire du bail. L'aide est non cumulable pour un couple ou en cas de colocation.
- Avoir déménagé au cours des 6 mois suivant l'affectation
- Etre affecté dans un établissement REP+
- Ne pas être éligible à l'AIP ou AIP ville

Le dossier **complet** doit être retourné (**imprimé de demande et pièces justificatives**) à l'adresse ci-dessous

RECTORAT – SCRCAS – Action Sociale  
CS39004  
31 rue de l'université  
34064 MONPELLIER CEDEX2

**Tout dossier incomplet sera retourné**

**ASIA « AIP/CIV pour AED »**

Année :

**DEMANDE DE PAIEMENT**

BOP : -----  
*(réservé à l'administration)*

N° tiers CHORUS : -----  
*(réservé à l'administration)*

NOM et Prénom du bénéficiaire : -----

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

## ASIA – AIP/CIV pour les AED

### 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 : .....

### Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)

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 l'affectation et le logement

Nom et adresse de l'établissement d'affectation :

-----  
-----  
-----

Date d'affectation : -----

Date de début de bail : -----

Adresse personnelle : -----

-----

Etes- vous en colocation :        oui         non

Votre conjoint ou colocataire bénéficie-t-il d'une aide similaire ? oui  non

Si oui, laquelle : -----

Je certifie sur l'honneur n'avoir perçu aucune prestation de même nature pour ce logement 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 : -----

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

Montpellier, le -----

Pour le recteur et par délégation,  
Le responsable du SCRCAS

Michel WAREMBOURG

## Pièces à fournir impérativement

- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles**
- **deux copies de votre contrat de travail initial** de durée supérieure à 6 mois.
- 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)
- attestation de l'employeur du conjoint certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- **deux copies du bail et de la première quittance de loyer**
- **attestation manuscrite du (des) colocataire** (imprimé ci-joint)
- **copie des factures des frais liés à l'entrée dans le logement (caution et frais d'agence)**
- **une attestation manuscrite indiquant que vous (ou/et votre conjoint/colocataire) n'avez pas demandé ou perçu d'aide de même nature.**
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.

Dossier à renvoyer au

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE  
Premier jour du bail + 6 mois**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Je soussigné .....

Certifie que .....

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type « AIP/CIV » pour le logement situé à l'adresse ci-dessous

.....  
.....

En cas de participation de l'employeur, veuillez indiquer le montant ci-dessous

Participation de l'employeur :

**CACHET**  
**date et signature originale**  
**du responsable hiérarchique**

**ATTESTATION sur l'HONNEUR**

Je soussigné (é) -----

Certifie ne pas avoir perçu d'aide similaire pour le logement situé à l'adresse ci-dessous :

-----  
-----

Et m'engage à ne pas constituer de demande auprès de tout organisme susceptible de m'accorder une aide à caractère social de même nature.

Je reconnais avoir pris connaissance des sanctions pénales encourues en cas de déclaration mensongère.

**date et signature originale  
du conjoint / colocataire**

*« 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 »*

## ASIA – 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 des dossiers dans le service  
Premier jour du séjour + 3 mois**

### I. Objectifs :

- Etendre les aides de type PIM « séjours d'enfants de moins de 18 ans » aux AED ainsi qu'aux agents ayants un QF compris entre 12 400 et 14 000€
- Etendre l'aide aux séjours d'enfants (avec les parents) aux structures de type hôtels, camping, location...

### II. Conditions et plafond des ressources

Un dossier doit être constitué et adressé au SCRCAS pour chaque type séjour.

L'attribution de l'aide et son montant sont 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.

Le Quotient Familial (QF) ne doit pas être supérieur à 14000 €.

### III. Montant de l'aide

Colonies de vacances (dans la limite de 45 jours par année civile):

- Enfants de moins de 13 ans : 7,25 € par jour
- Enfants de 13 à 18 ans : 10,98 € par jour

En centre de loisirs sans hébergement

- Journée complète : 5,23 € par jour
- Demi-journée : 2,64 € par jour

En maisons familiales de vacances et gîtes (dans la limite de 45 jours par année civile):

- Séjours en pension complète : 7,63 € par jour
- Autre formule : 7,25 € par jour

Séjours mis en œuvre dans le cadre éducatif d'une durée supérieure à 5 jours

- Forfait de 21 jours ou plus : 75,16 €
- Pour les séjours d'une durée inférieure : 3,57 € par jour

Séjours linguistiques

- Enfants de moins de 13 ans : 7,25 € par jour
- Enfants de 13 à 18 ans : 10,98 € par jour

En camping, hôtel et location:

- 7,25 € par jour par enfant dans la limite du montant forfaitaire annuel par foyer fiscal de :
  - 150 € pour un QF compris entre 10000 € <QF≤ 14000 €
  - 175€ pour un QF compris entre 6500 € <QF≤ 10000 €
  - 220€ pour un QF compris entre 5250 € <QF≤ 6500 €
  - 290€ pour un QF compris entre 3750 € <QF≤ 5250 €
  - 325€ pour un QF≤ 3750 €

**ASIA « séjours d'enfant de moins de 18 ans »**

Année :

**DEMANDE DE PAIEMENT**

BOP : -----  
(réservé à l'administration)

N° tiers CHORUS : -----  
(réservé à l'administration)

**NOM et Prénom du bénéficiaire :** -----

- Séjours de type : colonies de vacances, CLSH, gîtes, séjours linguistiques et séjour mis en œuvre dans le cadre éducatif

**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)

**NOM et prénom de l'enfant 5 :** -----

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

- Séjours en camping, hôtel et location

**Nombre d'enfants participant au séjour :** -----

Date du séjour : -----

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

## ASIA – 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 : .....

### Renseignements concernant le conjoint et/ou le père (mère)

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

### Type de séjour n°1

#### Aides réservées aux AED et agents ayant un QF compris entre 12400 et 14000 € UNIQUEMENT

- 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

**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 :** .....

**Nom et prénom de l'enfant 5 :** .....

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 :** .....

### **Type de séjour n°2 :**

**Aide réservée aux agents dont le QF est inférieur à 14 000€**

- Hôtel
- camping
- location

Durée du séjour : ..... nuitées du ..... au .....

Nombre d'enfants ayant participé au séjour : .....

Nom et prénom de l'enfant 1 : .....

Nom et prénom de l'enfant 2 : .....

Nom et prénom de l'enfant 3 : .....

Nom et prénom de l'enfant 4 : .....

Nom et prénom de l'enfant 5 : .....

**Coût total :** .....

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

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

Je certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature pour ce séjour 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 : -----

#### Séjour de type n°1 :

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 : -----

Nom de l'enfant 5 : -----

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

#### Séjour de type n°2 :

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

Montpellier, le -----

Pour le recteur et par délégation,  
Le responsable du SCRCAS

Michel WAREMBOURG

**ASIA- séjour d'enfants**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Je soussigné (1) .....

Certifie (2) que .....

Employé(e) dans nos services n'a perçu et ne percevra aucune prestation à caractère social, de type « séjours d'enfant » 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
- camping, hôtel ou location (rayer la mention inutile)

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 Hiérarchique**

## Pièces à fournir impérativement

- **deux copies de la facture acquittée** mentionnant les nom et prénom du/des enfant(s) ainsi que les dates de début et de fin du séjour
- **deux relevés d'identité bancaire ou postale**, originaux et récents du compte sur lequel est versé votre salaire ou votre pension
- **deux copies** de l'avis d'imposition N-1 portant sur les revenus N-2 **complètes et lisibles**
- si vous élevez seul(e) votre (vos) enfant(s) : une attestation sur l'honneur manuscrite ainsi qu'un justificatif de la CAF.  
NB : votre situation de « parent isolé » doit figurer sur l'avis d'imposition fourni.
- 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 6 mois pour les agents non titulaires
- attestation de l'employeur du conjoint certifiant le non versement de toute aide comparable (imprimé ci-joint),
- copie intégrale du livret de famille tenu à jour.

### Dossier à renvoyer au

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNE**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER DANS LE SERVICE**  
**PREMIER JOUR DU SEJOUR + 3 MOIS**