

Action Sociale d'Initiative Académique

Domaine : Garde périscolaire

Demande de prestation à retourner au Rectorat – Bureau de l'action sociale après vérification des droits ouverts

Nom : _____ Prénoms : _____

Grade : _____ Discipline : _____

Année d'arrivée dans le département /_/_/_/_/ (pour ceux en provenance d'une autre académie)

Pour le personnel non titulaire (date d'entrée en fonctions) /_/_/ /_/_/ /_/_/

N° INSEE ou Sécurité Sociale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ clé /_/_/

Ets d'exercice : _____

Adresse personnelle : _____

_____ Code postal /_/_/_/_/

☎ (Bureau) : 02 62 /_/_/_/_/_/

☎ (Domicile/portable) : 02 62 /_/_/_/_/_/

Adresse mail : _____ @ _____

Profession du conjoint : _____

sollicite la prestation ci-dessus désignée pour l'(les) enfant (s) de 06 ans et plus :

Nom	Prénom	Age	Dates de début et de fin de la garderie

Toute fausse déclaration vous expose le cas échéant à des poursuites pénales

Date :

Signature :

Pièces justificatives (voir au verso)

***En l'absence des pièces ou renseignements demandés,
aucune suite ne pourra être réservée à la demande de prestation.***

Partie réservée à l'administration

Quotient Familial : $\frac{\text{Revenu brut global}}{\text{Nombre de parts fiscales}}$ = _____

Montant acquitté par l'agent = _____ À verser :

Nombre d'enfants de 06 ans et plus concernés par la prestation :



DEPAP 4

Bureau de l'action sociale

2024/2025

Affaire suivie par :

Olivier TECHER

Tél : 02 62 48 13 15

Mél : depap.actionsociale@ac-reunion.fr

24 avenue Georges Brassens

CS 71 003

97 743 ST-DENIS CEDEX 9

**CRITÈRES POUR LA PRESTATION
GARDE PÉRISCOLAIRE**

- Enfants des personnels de l'Education Nationale âgés de 6 ans et plus, scolarisés en école élémentaire ou dans une structure médico-sociale,
- Structure agréée pour accueillir les enfants pour la garde périscolaire,
- Quotient familial inférieur ou égal à 18 972 € (revenu brut global / nombre des parts fiscales),
- 30 % du coût après déduction des aides perçues par d'autres organismes publics ou privés, plafonnée à 30 € par mois,
- Demande à présenter au plus tard, dans les 3 mois qui suivent la prestation.

Nb : Cette prestation est versée à terme échu.

* * *

Pièces à produire

- Facture originale acquittée au nom de l'agent mentionnant les noms et prénoms de l'enfant, la période de garde,
- Attestation de l'employeur du conjoint (voir pièce jointe),
- Photocopie du livret de famille à jour de toutes les mentions,
- Photocopie du dernier bulletin de paie en votre possession,
- Contrat de travail en cours de 06 mois minimum pour les contractuels, AED/AESH,
- Pour les retraités : photocopie du dernier titre de pension en votre possession,
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur les revenus du foyer,
En cas de cohabitation maritale, il est fait masse des ressources des deux concubins en additionnant leurs revenus bruts globaux, les parts fiscales sont calculées comme pour un couple marié.
- Déclaration sur l'honneur précisant que vous élevez seul(e) vos enfants,
- Relevé d'Identité Bancaire de l'agent mentionnant ses noms et prénoms.

* * *

*L'action sociale s'adresse à tous les fonctionnaires sans distinction de grade ou de statut, actifs ou retraités.
Elle est étendue aux agents liés à l'État par un contrat public de 6 mois minimum.*

Le bénéfice des actions mises en place au niveau académique dépend de l'analyse de critères d'éligibilité déterminant les seuils d'obtention (quotient familial, indice de rémunération...).

Les prestations attribuées sont facultatives et versées dans l'année civile dans la limite des crédits disponibles.



DEPAP 4
Bureau de l'action sociale

2024/2025

Affaire suivie par :
Olivier TECHER
Tél : 02 62 48 13 15
Mél : depap.actionsociale@ac-reunion.fr

24 avenue Georges Brassens
CS 71 003
97 743 ST-DENIS CEDEX 9

Action Sociale d'Initiative Académique
Domaine : Garde périscolaire

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E)

(conjoint(e) exerçant dans le secteur du privé ou public hors éducation nationale)

Je soussigné(1) :

certifie que(2).....

employé (e) dans mon service/entreprise pour la période mentionnée ci-dessous :

n'a perçu et ne percevra aucune aide à caractère sociale dans le domaine cité ci-dessus

a perçu une aide à caractère sociale dans le domaine cité ci-dessus

pour l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Activité :

Dates et lieu:

Nombre de gardes financés :

Montant de l'aide :€

Cachet
Date et signature **originale** du responsable

(1) Nom de l'employeur

(2) Nom et prénom de l'employé (e)