

PRESTATION INTERMINISTERIELLE

SEJOUR LINGUISTIQUE

La prestation est destinée à prendre en charge une partie des frais engagés par les agents pour leurs enfants ayant participé à l'étranger à un séjour culturel ou de loisirs (à dominante linguistique, éducative ou sportive) avec hébergement soit en famille d'accueil, soit en centre organisé.

Dans ce cadre, ouvrent droit au bénéfice de cette prestation : les séjours organisés ou financés par les administrations de l'Etat, soit par conventionnement avec un prestataire de service ou par des personnes physiques ou morales ayant la qualité de commerçant et titulaires d'une licence d'agent de voyage délivrée par arrêté préfectoral, ou des organismes ou associations sans but lucratifs agréées par arrêté préfectoral.

CONDITIONS GENERALES A REmplir

Exposer un quotient familial annuel (QF) inférieur ou égal à 12 400.00 €

Mode de calcul du quotient familial annuel :
$$\frac{\text{REVENU FISCAL DE REFERENCE}}{\text{PARTS FISCALES}}$$

A NOTER QUE : Les AED, AESH ne peuvent prétendre à cette prestation.

Taux de la prestation : voir tableau en annexe, des prestations interministérielles

**PRESTATION INTERMINISTERIELLE
SEJOUR LINGUISTIQUE**

**DEPOT DU DOSSIER COMPLET LIMITE A 12 MOIS
A COMPTER DE LA DATE DE DEBUT DU SEJOUR**

ENSEIGNEMENT PUBLIC ☐

ENSEIGNEMENT PRIVE ☐

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT DE L'EDUCATION NATIONALE

Situation familiale : Célibataire – Concubinage – Pacsé(e) – Marié(e) – Séparé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) (1)

Rayer les mentions inutiles

NOM – PRENOMS :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

GRADE :

DATE D'ENTREE A L'EDUCATION NATIONALE :

ADRESSE PERSONNELLE :

ADRESSE E-MEL :

N° DE TELEPHONE PORTABLE ET MOBILE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT D'EXERCICE :

N° DE SECURITE SOCIALE (15 caractères) : / / / / / / / / / / / / / / / / /

COORDONNEES BANCAIRES : (23 caractères)

/ /

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT DE L'AGENT

NOM – PRENOM DU CONJOINT :

PROFESSION DU CONJOINT :

A REMPLIR PAR L'ORGANISME DE VACANCES

Je soussigné(e)

Responsable de l'organisme d'accueil :

N° de licence préfectorale d'agence de voyage :

OU

N° de l'agrément préfectoral (si association à but non lucratif) :

Certifie que l'enfant : né(e) le : Age :

A effectué un séjour placé sous ma direction : du au soit : jours

Lieu du séjour :

et que M. a versé la somme de : correspondant aux frais de séjour.

DATE – SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(A remplir obligatoirement)

J'atteste sur l'honneur :

- l'exactitude des renseignements ci-dessus
- avoir déclaré l'ensemble des revenus de mon foyer

Je certifie sur l'honneur : (cochez la case correspondant à votre situation)

- ☐ - vivre avec mon ou mes enfant(s) à charge, sans conjoint ou concubin.
☐ - Vivre avec mon conjoint – mon concubin **(1)** et mon ou mes enfant(s)

(1) Rayer la mention inutile

Je m'engage à signaler toute modification familiale ou financière qui pourrait intervenir au cours de la période où le dossier n'a pas encore été traité par l'administration.

A, le
Signature de l'agent

La loi réprime les fraudes et fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 alinéa 2 du code pénal).

L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

En cas de modification non signalée, un ordre de reversement sera émis à l'encontre de l'agent bénéficiaire.

PIECES A FOURNIR

Tout dossier incomplet sera rejeté

- Copie de l'impôt d'imposition 2025 sur les revenus 2024 (le vôtre et celui de votre conjoint ou concubin) ;
- Copie intégrale du livret de famille ;
- Dernier bulletin de paye ;
- Contrat de travail de plus de 6 mois pour les agents contractuels ;
- Certificat précisant que le conjoint n'a perçu aucun avantage de même nature ;
- Certificat du séjour ;
- Copie du recto et du verso de la carte nationale d'identité ou de la 1^{ère} page du passeport ;
- Relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) **avec mention obligatoire du n° IBAN et de votre adresse ;**
En cas de compte joint, le RIB doit faire apparaître les noms et prénoms de chacun des titulaires ;
- Copie du recto uniquement de votre carte vitale.

Pour toute correspondance s'adresser au :

RECTORAT- DPATE – Bureau de l'action sociale – Les Hauts de Terreville

97279 SCHOELCHER cédex Tél : 05.96.52.26.71

E-MEL : sec.actionssociales@ac-martinique.fr