

PRESTATION INTERMINISTERIELLE (PIM) SORTIE EDUCATIVE ORGANISEE DANS LE CADRE SCOLAIRE
--

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 dans le cadre du système éducatif (classes culturelles transplantées, classes de découverte, de l'environnement, de patrimoine ou séjours effectués lors d'échanges pédagogiques, avec hébergement en famille).

Ces séjours s'adressent aux élèves de l'enseignement préélémentaire, élémentaire ou de l'éducation spécialisée ainsi qu'aux élèves du secondaire (le séjour concerne une classe ou des groupes de niveau homogène, les disciplines fondamentales continuant à être enseignées).

CONDITIONS GENERALES A REMPLIR
--

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

Calculez votre quotient familial mensuel :

REVENU FISCAL DE REFERENCE
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 (PIM)
SORTIE EDUCATIVE ORGANISEE DANS LE CADRE SCOLAIRE**

**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)
(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 FIXE 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 LE CHEF D'ETABLISSEMENT

Je soussigné(e).....

Responsable de l'établissement :

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

A participé au séjour mis en œuvre dans le cadre scolaire

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 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