|  |  |
| --- | --- |
| logoacdijon | Rectorat de Dijon**Division des affaires financières****DAF 7 - Action sociale****daf7-depot@ac-dijon.fr** |
| **PRESTATION INTERMINISTERIELLE (P.I.M.)**

|  |
| --- |
| ***Séjour en centre de vacances spécialisé pour les enfants handicapés*** |

 |
| **Demandeur** | **Enfant concerné** |
| Nom d’usage Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.doit correspondre à celui notifié sur le dossier 2024Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Grade : Etablissement d’affectation :  | Nom | Prénom | Date de naissance |
|   |   |   |
|  |
| **Attestation de l’organisme d’accueil**  |
| Je soussigné : Directeur du centre de agréé spécialisé sous le numéro atteste que l’enfant désigné ci-dessus a effectué un séjour avec hébergement dans mon établissement.du au montant payé par la famille eurosFait à Le Signature |
| **Références bancaires** |
| IBAN :**FR** ∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟∟ ∟∟∟ |
| **Attestation de l’employeur du conjoint** |
| Je soussigné(e) Employeur (ou représentant l’employeur) deM, Mme [ ]  certifie sur l’honneur qu’il ou elle ne bénéficie d’aucune aide ou participation pour la prestation sollicitée[ ]  certifie sur l’honneur qu’il ou elle bénéficie d’une aide ou participation d’un montant de € pour la prestation sollicitée.Fait à le Signature et cachet  |
| **PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION** |
| Nombre de jours | Taux | Montant |
|  | 23,96 € |  |
|  |  |  |  |
| Après examen des pièces justificatives présentées par l'agent, je certifie que les conditions imposées par la réglementation sont rempliesPour le recteur et par délégation,la cheffe de divisionMagali KHATRI

|  |
| --- |
| ***Académie de Dijon*** Prog : Centre de coût : RECSAXO021N° pièce : |

 |
| **Attestation sur l’honneur** |
| Je soussigné(e) (nom, prénom du demandeur) [ ]  n’avoir bénéficié d’aucune aide ou participation au titre de la présente demande[ ] avoir bénéficié d’une subvention de € et certifié l’exactitude des renseignements fournis*.*Fait à le Signature  |