



ACADÉMIE DE NORMANDIE
Dossier à retourner au service académique
d'action sociale

**Direction des services départementaux
 de l'Éducation nationale du Calvados**
 2 place de l'Europe – BP 90 036
 14208 HÉROUVILLE ST CLAIR Cedex
 Tél. 02.31.45.95.81

SUBVENTIONS VACANCES

Établissement d'exercice du bénéficiaire :

Public	Privé
Colonie de vacances	
Classe de découverte	
Centre aéré	
MF, VVF agréés	
Gîtes de France	
Séjours linguistiques	
Centres spécialisés	

BÉNÉFICIAIRE :

Nom – Prénom : _____ Date de naissance : _____

Fonction : _____ INSEE : _____

Enseignant	1 ^{er} degré	ATOSS	Catégorie A	Établissement d'exercice : _____ _____ _____
	2 nd degré		Catégorie B	
	Non titulaire		Catégorie C	
			Non titulaire	

Situation de famille :

Célibataire Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Vie maritale Pacsé(e)/concubinage

Situation professionnelle du conjoint ou du concubin : _____

Adresse personnelle : _____ Tél. : _____

Nombre d'enfants à charge : /____/

À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- photocopie du dernier bulletin de salaire du demandeur et du conjoint s'il est agent de l'État
- rib pour un 1^{er} paiement ou modification bancaire (avec adresse postale actuelle, numéro de compte complet, numéro IBAN. Ce RIB devra être identique à celui sur lequel est versé le traitement)
- photocopie du ou des avis d'imposition ou de non-imposition du foyer de l'année n-2
- attestation de versement ou non-versement de l'employeur du conjoint (si hors Éducation nationale)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
LE OU LES ENFANTS AYANT EFFECTUÉ LE SÉJOUR**

Nom – Prénom	Date naissance	Âge
--------------	----------------	-----

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Revenu Brut Global	Nb de parts	QF
--------------------	-------------	----

Taux	Nb de jours	Total
------	-------------	-------

Réservé aux services de la Direction départementale

Arrêté le présent état à la somme de : _____

À _____, le _____ La Directrice académique,

NET À PAYER : _____

Protection des données – CNIL

Les informations recueillies sur ces formulaires font l'objet, par la DSDEN 14, d'un traitement ayant pour finalité la vérification de vos droits à percevoir une prestation de l'action sociale, sur la base légale d'une mission de service public. Ces informations sont à destination exclusive du service gestionnaire et seront conservées jusqu'à la prochaine campagne de vérification. Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez du droit d'accès et de rectification sur vos données. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courriel à dpd@ac-normandie.fr en y joignant la copie d'une pièce d'identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



AVIS TRÈS IMPORTANT

Retourner les imprimés complétés et signés – **IMPÉRATIVEMENT** –
dans les 12 mois suivant la fin du séjour.
Tout dossier incomplet sera retourné sans être traité



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e), _____ atteste sur l'honneur :

n'avoir reçu aucune subvention d'un autre organisme
y compris la CAF

N° allocataire CAF : _____

avoir reçu une subvention :

par l'employeur du conjoint

Montant : _____

par d'autres organismes (à préciser) :

Montant : _____

Date et signature :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du Code de la Sécurité Sociale et article 441-1 et suivants du Code Pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faite (article L.583-3 du Code de la Sécurité Sociale).

ATTESTATION DE SÉJOUR (à remplir par le responsable du séjour)

Agréé par : _____ Numéro : _____

ORGANISME : NOM : _____

Adresse : _____

Durée du séjour : _____ jours du _____ au _____

Lieu du séjour : _____

ENFANTS CONCERNÉS :

Montant du séjour :

1°) _____

2°) _____

3°) _____

4°) _____

Montant du séjour (location) : _____ €

Cachet :

Date et signature :