



**ACADÉMIE  
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

N° DP :  
DF  
MONTANT :

## PIM SEJOUR EN MAISON DE REPOS OU DE CONVALESCENCE

ANNEE SCOLAIRE 202.../202...

### ETAT CIVIL

**Nom patronymique** ..... **Prénom** .....

**Nom d'usage ou d'épouse** ..... N°SS (10 premiers chiffres) : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Date et lieu de naissance : \_/\_/\_/\_\_\_ à ..... **Adresse** .....

N° de téléphone : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ .....  
.....

Mail (indispensable) : .....

Célibataire  Marié(e)  PACS  Ayant droit d'un agent décédé   
Concubinage  Divorcé (e)  Séparé (e)  Veuf (ve)

### STATUT

Titulaire  Contractuel + de 10 mois   
Stagiaire  Maître de l'enseignement privé   
Retraité  fonction, dernière affectation.....

Fonction / Grade : ..... Date d'entrée dans l'académie : .....

Etablissement d'exercice..... N° RNE de l'établissement .....

Enseignement privé : oui  non

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

Nom et prénom du conjoint : ..... date de naissance.....

Conjoint en activité : oui  non  Employeur .....

Conjoint fonctionnaire : oui  non  si oui préciser le ministère : .....

Si conjoint agent de l'éducation nationale décédé préciser sa fonction et la date du décès  
.....

### ENFANT CONCERNE PAR LA DEMANDE

NOM PRENOM	Date de naissance	Etablissement fréquenté/ niveau d'étude

## Objet

Cette prestation est destinée à prendre en charge une partie des frais de séjour de l'enfant.

## Bénéficiaires

- Les agents titulaires et stagiaires **en position d'activité**, travaillant à temps plein ou à temps partiel rémunérés sur le budget de l'Etat (le congé parental à 100% n'est pas considéré comme en étant en activité);
- Les agents non titulaires rémunérés sur le budget de l'Etat sous réserve que leur contrat initial, au moment de la demande, soit d'une durée supérieure ou égale à 10 mois à partir du septième mois du contrat (cf. décret 86-83 du 17 novembre 1986) et notamment les auxiliaires de vie scolaire individuels du ministère de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche ;
- Les retraités.

**Exclus : Les vacataires, les AESH et les AED** rémunérés sur le budget des établissements publics locaux d'enseignement (EPL)

## Conditions d'attribution

- le séjour doit être médicalement prescrit et avoir lieu dans un établissement agréé par la sécurité sociale ;
- l'enfant doit être âgé de moins de cinq ans au premier jour du séjour et être à la charge de l'agent au sens des prestations familiales ;
- la durée de la prise en charge ne peut dépasser 35 jours par an.

## Condition de ressources

Aucune

## Taux fixé annuellement par décision ministérielle

Le montant de la PIM est limité au montant des dépenses réellement engagées au titre du séjour de(s) l'enfant(s).

## **Pièces justificatives à fournir :**

- Livret de famille dans son intégralité,
- Contrat de travail pour les contractuels de **=/+10 mois, rémunérés sur le budget de l'état.**
- Titre de pension pour les retraités
- Justificatif de votre qualité d'ayant droit d'un fonctionnaire de l'état décédé
- Justificatifs de votre situation familiale (déclaration PACS, **jugement de divorce indiquant la garde des enfants**, certificat de décès...) pour les données non reportées sur le livret de famille.
- RIB du bénéficiaire
- Attestation de séjour mentionnant : les dates du séjour, le montant réglé, le nom et le prénom de l'enfant ainsi que le n° d'agrément de l'établissement
- Prescription médicale
- Attestation sur l'honneur de non versement d'une aide similaire pour le conjoint

**Attestation de l'employeur du conjoint**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ employeur (ou représentant l'employeur) de

M, Mme \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur qu'il ou elle

ne bénéficie d'aucune aide ou participation

a bénéficié d'une aide d'un montant de

pour la prestation sollicitée (même séjour –même enfant)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et Cachet

**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 \_\_\_\_\_ €***

***Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent document et m'engage à signaler à l'administration tout changement (administratif, familial, coordonnées...).***

**A**

**Le**

***Signature du demandeur***

**Rappel important :**

Les PIM sont des prestations versées aux bénéficiaires remplissant les conditions d'octroi sur le plan statutaire et financier (barème ministériel). **Elles sont servies dans la limite des crédits disponibles.**

Les montants et barèmes révisés annuellement sont consultables en ligne sur le site académique

<https://www.ac-aix-marseille.fr/l-accompagnement-social-et-le-service-social-en-faveur-des-personnels-121586>

**Dossiers à adresser exclusivement par voie postale à l'adresse suivante, accompagnés des justificatifs demandés**

**RECTORAT**

**Division de l'accompagnement des personnels**

**Bureau des prestations d'action sociale**

Place Lucien Paye

13621 Aix en Provence cedex

**Contacts :**

04 42 91 72 98 ou  04 42 91 72 72 Mail [ce.bureauactionsociale@ac-aix-marseille.fr](mailto:ce.bureauactionsociale@ac-aix-marseille.fr)

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**DATE RECEPTION :**

**DATE TRAITEMENT :**

**REJET : MOTIF**.....

**DECISION** : Le présent dossier est conforme aux critères pour le versement de la prestation

**MONTANT ACCORDE**:.....