|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logoacdijon | Rectorat de Dijon  **Division des affaires financières**  **DAF 4 – B - Action sociale**  [**daf4-as-depot@ac-dijon.fr**](mailto:daf4-as-depot@ac-dijon.fr) | | | | | | |
| **PRESTATION INTERMINISTERIELLE (P.I.M.)**   |  | | --- | | **Séjour en centre de loisirs sans hébergement** | | | | | | | | |
| **Demandeur** | | **Enfant concerné** | | | | | |
| Nom d’usage : **Cliquer ici**  doit correspondre à celui notifié sur le dossier 2024  Nom de naissance : **Cliquer ici**  Prénom : **Cliquer ici**  Date de naissance **Cliquer ici**  Grade : **Cliquer ici**  Etablissement d’affectation : **Cliquez ici** | | Nom | | Prénom | | | Date de naissance |
| **Cliquer ici** | | **Cliquer ici** | | | **Cliquer ici** |
|  | | | | | |
| **Attestation de l’organisme d’accueil** | | | | | |
| Je soussigné **Cliquer ici** ,  Directeur du centre de agréé par la direction départementale de la jeunesse et des sports de sous le numéro **Cliquer ici**  atteste que l’enfant désigné ci-dessus a effectué un séjour sans hébergement dans mon établissement  du **Cliquer ici** au **Cliquer ici**  soit **Cliquer ici** jours à **Cliquer ici** € (hors montant du repas)  et **Cliquer ici** / ou **Cliquer ici** ½ journées à **Cliquer ici** € (hors montant du repas).  montant payé par la famille (hors repas) : **Cliquer ici** €.  Fait à **Cliquer ici** , Le **Cliquer ici**  Signature et Cachet | | | | | |
| **Références bancaires** | |
| **IBAN : FR76 Cliquer ici** | |
| **Attestation de l’employeur du conjoint** | |
| Je soussigné(e) **Cliquer ici**  Employeur (ou représentant l’employeur) de  M, Mme **Cliquer ici**  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 Cliquer ici euros pour la prestation sollicitée. Fait à **Cliquer ici** le **Cliquer ici**  Signature et Cachet | |
| **PARTIE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION** | | | | | |
| Nombre de jours | | | Taux | Montant | |
| journées | **Cliquer ici** | | 6.06 € | **Cliquer ici** | |
| ½ journées | **Cliquer ici** | | 3.06 € | **Cliquer ici** | |
| **Attestation sur l’honneur** | | Total | | | | **Cliquer ici** | |
| Je soussigné(e) (nom, prénom du demandeur) **Cliquer ici**  n’avoir bénéficié d’aucune aide ou participation au titre de la présente demande  avoir bénéficié d’une subvention de **Cliquer ici** € et certifié l’exactitude des renseignements fournis*.*  Fait à **Cliquer ici** le **Cliquer ici**  Signature : | | Après examen des pièces justificatives présentées par l'agent, je certifie que les conditions imposées par la réglementation sont remplies.  Pour le recteur et par délégation,  La cheffe de division  Magali KHATRI   |  | | --- | | ***Académie de Dijon***  Prog : **Cliquer ici**  Centre de coût : RECSAXO021  N° pièce : **Cliquer ici** | | | | | | |