**DEMANDE D'AIDE AUX VACANCES ENFANT**

**ESSS05477**

**2025**

**(UN IMPRIME PAR ENFANT)**

|  |
| --- |
| **BENEFICIAIRE** |
|  **Numéro d'allocataire :** ............................................... NOM : ......................................................... Prénom : ...................................Date de naissance: ......../........./........ NOM de l'enfant : ....................................... Prénom : ...................................Date de naissance: ......../........./........ Adresse : .................................................................................................................................................................... Code postal :................................................................ Ville :.....................................................................................**Montant de votre quotient familial ASS du mois précédent le séjour** (ex:QF de juin pour vacances en juillet)**: ...........€** |

|  |
| --- |
| **SEJOUR** |
| **Séjour de vacances avec hébergement déclaré D.D.C.S.P.P\* ou D.R.A.J.E.S\*\*sous le N°.............................................****Type d'hébergement:** (cocher la case correspondante)**🞏** COLONIE **🞏** CAMP **🞏** SEJOUR LINGUISTIQUE **🞏** CLASSE DECOUVERTE**Date du séjour :** du .........../.........../**2025** au .........../.........../**2025 SOIT . ....... nuits**(La durée minimum est de 2 nuits, la durée maximum est de 21 nuits par an, tous types d’hébergements confondus)**Montant facture** : ...........................**€****Paiement de l’aide :  à la famille à la structure (joindre le RIB)**L’aide est fixée selon le montant du QF :≤ 550 € = 70% du coût du séjour De551 € à 850 € = 50% du coût du séjourDans la limite de 1000 € sur l’année et par enfant.Possibilité de régler un forfait transport de 150 euros sur justificatif (train/voiture/bus).**A joindre impérativement :** **** La facture acquittée du séjour **** L'attestation du quotient familial ASS du mois précédent le séjour **\*****Toute demande reçue 4 mois après sa date de fin de séjour sera rejetée****Date : Signature de l'allocataire** |

**\* D**irection **D**épartementale de la **C**ohésion **S**ociale et de la **P**rotection des **P**opulations

**\*\* D**élégation **R**égionale **A**cadémique à la **J**eunesse, à **l’E**ngagement et aux **S**ports

*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes, de fausses déclarations ou absence de déclaration réelle de situation en vue d'obtenir, de tenter ou faire obtenir des avantages indus. A cet égard, la MSA demandera le remboursement des prestations indues et pourra engager des poursuites pénales, ou décidera de vous faire supporter une pénalité financière.*

**MSA Grand Sud**

Adresse postale:

6, Rue du Palais 23, rue François Broussais-BP 89924 Site: grandsud.msa.fr

11011 Carcassonne Cedex 9 66017 Perpignan Cedex 9 Email: communication.blf@grandsud.msa.fr

Tél: 04 68 55 11 66 Tél: 04 68 55 11 66