

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

ACTIONS SOCIALES

ALLOCATIONS AUX PARENTS D'ENFANTS
HANDICAPES ou INFIRMES DE
MOINS DE 20 ANS

DEMANDEUR

(1) M.

(2) Mme

Prénom :

GRADE :

ADRESSE ADMINISTRATIVE :

DEGRE DE PARENTE :

N° de SS :

BANQUE et N° de COMPTE :

Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare sur l'honneur que l'enfant désigné(e) ci-dessous n'est pas placé(e) en internat dans un établissement spécialisé avec prise en charge intégrale par l'état, par l'assurance maladie ou par l'aide sociale (soins, frais de scolarité, frais d'internat).

N.B : La loi réprime les fraudes et fausses déclarations (articles 441-1 et 441-6 du Code Pénal).

ENFANT POUR LEQUEL L'ALLOCATION est DEMANDEE

NOM :

Prénom :

né(e) le :

TAUX d'INCAPACITE :

PERIODE D'ATTRIBUTION DE L'A.E.E.H. Du

AU

Pièces à joindre : Copie intégrale du livret de famille régulièrement tenu à jour - 1 certificat de charge de Famille – Attestation de l'employeur du conjoint, si agent de l'Etat, certifiant le non versement de toute aide comparable- 3 photocopies de la notification de la décision de la MDPH – Certificat de scolarité de l'année en cours - 1 RIB - dernier bulletin de salaire - arrêté de nomination pour les non-titulaires.

CADRE RESERVE AU SERVICE LIQUIDATEUR

TAUX MENSUEL :

PERIODE DE REFERENCE du :

TOTAL à MANDATER :

ARRETE le présent état à la somme de :

Fait à Cayenne,

(1,2) Rayer les mentions inutiles

