

**PRESTATION INTERMINISTÉRIELLE**  
**Allocation pour jeunes adultes atteints d'une maladie chronique ou d'un handicap et**  
**poursuivant des études, un stage ou un apprentissage professionnel entre**  
**20 ans et 27 ans**

**Bénéficiaires:**

Agents titulaires, stagiaires, contractuels (contrat en cours de 10 mois minimum),  
Retraités résidant dans l'académie,  
AESH recrutés et rémunérés par les services déconcentrés (DSDEN et Rectorat), parents d'un  
(de) jeune(s) adulte(s) âgé(s) entre 20 et 27 ans (mois anniversaire inclus) atteint(s) d'une maladie  
chronique ou d'un handicap et ouvrant droit aux prestations familiales.

**Les AED et AESH rémunérés par les établissements mutualiseurs ne peuvent pas  
prétendre à cette prestation.**

**Pour les personnels contractuels, la prestation est servie à partir du 1<sup>er</sup> jour du 7<sup>ème</sup> mois du  
contrat.**

**Conditions d'attribution :**

- **En cas de maladie chronique ou d'infirmité constitutive de handicap reconnue par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées),** la prestation est attribuée si le jeune adulte ne bénéficie pas de l'allocation aux adultes handicapés ni de l'allocation compensatrice
- **En cas de maladie chronique ou d'infirmité non constitutive d'un handicap (non reconnue par la MDPH),** les parents peuvent prétendre à cette allocation sur avis d'un médecin agréé par l'administration ([www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france))
- Le jeune adulte doit justifier d'une qualité d'étudiant, d'apprenti ou de stagiaire au titre de la formation professionnelle.
- Allocation versée sans condition de ressources.

**MONTANT DE LA PRESTATION : 126.68 € par mois**

**LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À  
COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA  
LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 MOIS DE VALIDITÉ NE  
SONT PAS ÉCOULÉS.  
LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI**

**À QUI ADRESSER VOTRE DEMANDE D'AIDE ?  
Les demandes de prestations sociales ne sont pas recevables par mél.**

Rectorat de Créteil  
Division de l'accompagnement social et médical – DASEM 2  
4 rue Georges Enesco – 94010 CRÉTEIL cedex  
Téléphone : 01-57-02-64-07 / 63-97 / 69-29 / 64-34 / 68-16 / 63-96  
Demande de renseignement : [ce.dasem2@ac-creteil.fr](mailto:ce.dasem2@ac-creteil.fr)

**Votre demande :**  1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>ème</sup> trimestre  3<sup>ème</sup> trimestre  4<sup>ème</sup> trimestre **ANNÉE :** \_\_\_\_\_

**Cadre réservé à l'administration :**

Mois payés au vu des précédents paiements et des documents fournis dans le dossier :

janvier  février  mars  avril  mai  juin  juillet  août  septembre  octobre  novembre  
 décembre \_\_\_\_\_ soit la somme de \_\_\_\_\_

**Pièces à joindre à CHAQUE demande :**

- ⇒ Photocopie intégrale du livret de famille ou du contrat PACS
- ⇒ Pour les couples en union libre : attestation sur l'honneur de concubinage portant les noms, prénoms et dates de naissance des conjoints.
- ⇒ Attestation de scolarité ou copie de la carte d'étudiant, de la convention de stage ou du contrat d'apprentissage.
- ⇒ Photocopie du bulletin de salaire correspondant au premier mois de chaque trimestre
- ⇒ Photocopie de la carte d'invalidité de la CDAPH ou certificat médical attestant du handicap établi par un médecin agréé par l'administration.
- ⇒ Attestation de non perception de l'allocation aux adultes handicapés ou d'une allocation compensatrice
- ⇒ Vous êtes divorcé(e) : photocopie du jugement de divorce faisant apparaître que vous avez la garde de votre (vos) enfants.
- ⇒ Attestation sur l'honneur de vie seule (le cas échéant)
- ⇒ Vous êtes célibataire ou veuf(ve) : attestation sur l'honneur de vie seule ci jointe
- ⇒ Attestation de non perception de l'employeur du conjoint.
- ⇒ Relevé d'identité bancaire ou postal avec IBAN portant nom et prénom du demandeur
- ⇒ Personnel contractuel : photocopie de votre contrat de travail de plus de 10 mois consécutifs

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_ N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

Établissement d'exercice (adresse complète) : \_\_\_\_\_

Code RNE de votre établissement d'affectation : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Situation professionnelle :

titulaire  stagiaire  contractuel **INM** (indice nouveau majoré)

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Adresse électronique **professionnelle** : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  célibataire  union libre  marié(e)  pacsé(e)

veuf(ve)  séparé(e)  divorcé(e)

Renseignements concernant l'enfant handicapé :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Pourcentage d'invalidité reconnu par la CDAPH : \_\_\_\_\_

Établissement scolaire, entreprise ou centre d'apprentissage \_\_\_\_\_

Études, stage ou apprentissage poursuivis : \_\_\_\_\_

**Date et signature originale :**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(1)**

Nous soussignés \_\_\_\_\_ (2)

certifions que \_\_\_\_\_ (3)

employé(e) dans nos services ne perçoit pas l'Allocation spéciale pour jeune adulte de 20 à 27 ans au titre de l'année \_\_\_\_\_

Conjoint employé par l'académie de Créteil, noter **uniquement** ses NOM PRENOM et DATE DE NAISSANCE

NOM – PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

:

CACHET, DATE ET SIGNATURE ORIGINALE  
du responsable hiérarchique

(1) pour les conjoints employés par une autre académie ou par un autre ministère, fournir l'attestation émanant de leur service de l'action sociale

(2) : Nom de l'employeur

(3) : Nom et prénom de l'employé(e)

---

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

grade \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur **vivre et élever seul(e) mon (mes) enfant(s) depuis le** \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur **vivre seul(e) et assumer en garde alternée la charge de mon (mes) enfant(s) depuis le** \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur que **mon conjoint ou moi-même ne bénéficie pas de l'allocation compensatrice prévue par l'article 39 de la loi 75-534 du 30 juin 1975 et de l'allocation aux adultes handicapés.**

**DATE ET SIGNATURE ORIGINALE :**

