



RÉGION ACADÉMIQUE  
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE



FICHE N° 6

# AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL (PIM)

## Rectorat

Division budgétaire  
et financière

DBF 33

Ce.dbf3@ac-  
grenoble.fr

Patricia Trincat  
04 76 74 70 72

patricia.trincat  
@ac-grenoble.fr

Télécopie  
04 76 74 75 80

7, place Bir-Hakeim  
CS 81065 - 38021  
Grenoble cedex 1

## I - Objectif

- Aider financièrement les agents effectuant un séjour médical accompagné de leur(s) enfants dans une maison de repos ou un centre de convalescence.

## II - Conditions

- Enfant de moins de cinq ans
- Séjour médicalement prescrit, effectué dans un établissement agréé par la sécurité sociale
- Aucune condition de ressources

**Le nombre de jours subventionnés ne peut excéder 35 jours par an et par enfant**

## III - Montant de l'aide

- selon le barème national

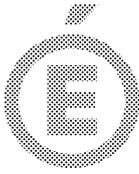
## IV - Instruction du dossier

- service d'action sociale de la DSDEN (1<sup>er</sup> degré)
- service d'action sociale du rectorat (2<sup>nd</sup> degré)

**LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES**

N° DP CHORUS :

FICHE N° 6



**AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL**

**(PIM)**

N° TIERS CHORUS :

Identification du créancier

NOM : .....	PRENOM :
GRADE : .....	N° Sécurité Sociale :
ADRESSE : .....	
CP : ..... VILLE : .....	
Mél : ..... @.....	N° téléphone.....

TOUT CAS DE FRAUDE OU DE FAUSSE DECLARATION EST PUNISSABLE CONFORMEMENT AUX ARTICLES 441-1 ET SUIVANTS DU CODE PENAL

Pièces à joindre obligatoirement:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Facture de l'établissement d'accueil du séjour médical</b></li> <li>• Dernier bulletin de salaire</li> <li>• Pour le conjoint : bulletin de salaire et attestation de l'employeur</li> <li>• Copie intégral du livret de famille</li> <li>• <b>RIB AVEC LE NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE</b></li> </ul> <p>Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements demandés.</p> <p style="text-align: right;">Signature</p>
---

**Partie à remplir par le responsable de l'organisme médical**

Pour l'enfant	Age	Dates du séjour	Nbre de jours

**Identification de l'organisme médical**

- NOM : .....
- CACHET
- N° D'AGREMENT DE LA SECURITE SOCIALE: .....
- ADRESSE : .....

Je, soussigné ....., responsable de la structure d'accueil, atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus

SIGNATURE

Partie réservée à l'administration		
Subventions accordées du	au	Montant :