



Service d'Action Sociale

RdC Restaurant Universitaire Armen
2 bis avenue Le Gorgeu, CS 93837, 29238 Brest cedex 3
Tél. 02 98 01 6518 ou 02 98 01 8158
drh.actionsociale@univ-brest.fr

**Allocation pour jeune adulte handicapé
ou jeune adulte malade**
Âgés de 20 à 27 ans et étudiants

2024

Agent demandeur

NOM : Prénom :
Composante ou service : Téléphone :
Courriel :@.....
NOM & Prénom du conjoint ou concubin :

Enfant pour lequel l'allocation est demandée :

NOM : Prénom :
Né le : / /
Établissement fréquenté :

Pièces complémentaires à joindre obligatoirement (cf. modèles joints)

- Copie de la notification de décision de la MDPH justifiant d'une incapacité de 50 % au moins et de la qualité de « travailleur handicapé », attestant que le jeune adulte ne perçoit pas l'Allocation Adulte Handicapé, ni l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ; à défaut, un certificat médical établi par un médecin agréé par l'Éducation Nationale justifiant d'une incapacité de 50 % au moins
- Engagement de l'allocataire
- Attestation de l'employeur du conjoint ou concubin relative au non-versement de l'allocation pour parents de jeune adulte handicapé ou jeune adulte malade (secteur privé et secteur public)
- Certificat de scolarité, à renouveler au début de chaque année scolaire

À, le Signature

Dossier à déposer au Service d'action sociale, complété et accompagné des pièces complémentaires.



Service d'Action Sociale

RdC Restaurant Universitaire Armen
2 bis avenue Le Gorgeu, CS 93837, 29238 Brest cedex 3
Tél. 02 98 01 6518 ou 02 98 01 8158
drh.actionsociale@univ-brest.fr

Engagement de l'allocataire

Je soussigné(e) M. ou Mme

Grade :

Composante ou Service :
.....

père ou mère de l'enfant

m'engage à signaler toute modification familiale, financière ou de position administrative qui pourrait intervenir, ainsi que tout changement dans la scolarité de l'enfant pour lequel je demande l'allocation précitée.

À, le

Signature



Service d'Action Sociale

RdC Restaurant Universitaire Armen
2 bis avenue Le Gorgeu, CS 93837, 29238 Brest cedex 3

Tél. 02 98 01 6518 ou 02 98 01 8158

drh.actionsociale@univ-brest.fr

Attestation

À remplir par l'employeur du conjoint ou concubin (secteur privé et secteur public)
d'un agent sollicitant une allocation pour parents d'enfant handicapé de moins de 20 ans

Je soussigné(e) M. Mme

Qualité :

Nom et adresse de la société ou de l'organisme ou de l'établissement :

.....

.....

atteste que M. ou Mme :

employé(e) dans mes services en tant que :

ne perçoit de nos services ni l'allocation pour adulte handicapé, ni l'allocation compensatrice pour tierce personne.

À, le

Cachet et signature de l'employeur