



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 parents d'enfant handicapé

Enfants âgés de moins de 20 ans

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 :

- en externat en internat permanent avec prise en charge partielle des frais
- en demi-pension en internat de semaine avec retour au foyer

Pièces complémentaires à joindre obligatoirement (cf. modèles joints)

- Copie de la notification de décision de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- Engagement de l'allocataire
- Attestation de l'employeur du conjoint ou concubin relative au non-versement de l'allocation pour parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans (secteur privé et secteur public)
- Certificat de scolarité précisant les conditions d'études (externat, internat permanent ou internat de semaine avec retour au foyer), 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 l'attribution de l'AEEH.

Je certifie ne percevoir ni la PCH (allocation compensatrice du handicap), ni l'allocation aux adultes handicapés, ni l'allocation différentielle.

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 parents d'enfant handicapé de moins de 20 ans, ni l'allocation compensatrice, ni l'allocation aux adultes handicapés, ni l'allocation différentielle.

À, le

Cachet et signature de l'employeur