



**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.actionssociale@univ-brest.fr

**Prestation pour séjour d'enfant  
en centres de vacances spécialisés pour handicapés**

**2024**

**Agent demandeur**

NOM : ..... Prénom : .....

Composante ou service : ..... Téléphone : .....

Courriel : .....@.....

NOM & Prénom du conjoint ou concubin : .....

**Renseignements concernant l'enfant ayant effectué le séjour**

(1 dossier par enfant à charge, âgé de moins de 18 ans au 1<sup>er</sup> jour du séjour)

NOM : ..... Prénom : .....

Né le :  /  /

Nombre de journées :

Réservé à l'administration		
21,40 € / j		Max. 45 j / an

**Rappel** : ni limite d'âge, ni condition de ressources

**Pièces complémentaires à joindre obligatoirement** (cf. modèles joints)

- Certificat de présence établi par le responsable du centre de séjour
- Attestation de l'employeur du conjoint ou concubin relative au non-versement de participation aux frais de séjour de l'enfant (secteur privé et secteur public)
- Photocopie de la décision d'attribution de l'AEEH ou à défaut de la carte d'invalidité

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.actionssociale@univ-brest.fr

**Certificat de présence**

(centres de vacances agréés spécialisés relevant d'organismes à but non lucratif  
ou de collectivités publiques)

Dénomination du centre : .....

.....

Adresse : .....

.....

Numéro d'agrément : .....

Il est certifié que l'enfant :

NOM : .....

Prénom : .....

a séjourné dans le centre de vacances.

Dates du séjour : .....

Durée exacte de présence de l'enfant : ..... jours

Prix journalier payé au titre de l'hébergement de l'enfant : ..... €

À ....., le .....

Cachet du centre de séjour

Signature du responsable



**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 prestation sociale pour séjour d'enfant en centres de vacances  
spécialisés pour handicapés

Je soussigné(e)  M.  Mme .....

Qualité : .....

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

.....  
.....

atteste :  participer aux frais  ne pas participer aux frais

du(des) séjour(s) en centres de vacances spécialisés pour handicapés, concernant l'enfant :

.....

de M. ou Mme : .....

employé(e) dans mes services en tant que : .....

Dates du séjour	Participation éventuelle
Du ..... au .....	€
Du ..... au .....	€
Du ..... au .....	€

À ....., le .....

Cachet et signature de l'employeur