

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Christian DI TOMMASO  
Tél. : 04 76 74 76 72  
Mél : [christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr](mailto:christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## **FICHE N° 1**

### **AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)**

#### **I - Objectifs**

Aider financièrement les personnels

- nouveaux titulaires
- devant changer de résidence à la suite d'un événement familial (naissance, mariage, séparation ...).

Cette aide ne se cumule pas avec l'aide à l'installation du personnel dans le cadre du comité interministériel des villes (AIP-CIV) à la suite d'une affectation dans un établissement sensible.

#### **II - Conditions**

- Ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12 500 €

Calcul du QF: revenu imposable N-1/nombre de parts fiscales

#### **III - Montant de l'aide**

- 500 €

#### **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)

## FICHE N° 1

## AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)

**MOTIF DE LA DEMANDE :**  1<sup>ère</sup> AFFECTATION (*TITULAIRE*)

EVENEMENT FAMILIAL :  NAISSANCE  MARIAGE  SEPARATION

**NOM, PRENOM :** .....

NOM, PRENOM DE LA CONJOINTE, CONJOINT :

N° SECURITE SOCIALE :

**FONCTION :** .....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : .....

## ADRESSE PERSONNELLE :

ADRESSE EMAIL :

JE SOUSSIGNE(E) : ..... ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE : **L'AIDE A L'INSTALLATION (ASIA)**

A.....e.....

**SIGNATURE**

## PIECES JUSTIFICATIVES :

ATTENTION ! LE DOSSIER EST A ENVOYER EN DEUX EXEMPLAIRES

- DERNIER BULLETIN DE PAIE,
  - AVIS D'IMPOSITION (ANNEE CIVILE N-1), QUOTIENT FAMILIAL ≤ 12500 €
  - ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE LA SITUATION FAMILIALE
  - ARRETE D'AFFECTATION, OU DE TITULARISATION
  - PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE COMPLET (SI MIS A JOUR),
  - JUGEMENT DE DIVORCE
  - CONTRAT DE LOCATION,
  - R.I.B AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT **SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**

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

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants du code pénal**

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Christian DI TOMMASO  
Tél. : 04 76 74 76 72  
Mél : [christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr](mailto:christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## FICHE N°2

# AIDE A L'INSTALLATION DES PERSONNELS DANS LE CADRE DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (AIP-CIV) (ASIA)

### I - Objectifs

Aider financièrement les personnels affectés dans un établissement sensible :

- soit lors de leur première affectation
- soit lors d'une mutation.

### II - Conditions

- être locataire
- ne pas bénéficier d'un logement de fonction
- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12500 €

Calcul du QF : revenu imposable N-1/nombre de parts fiscales

#### **Aide non cumulable avec l'aide à l'installation**

### III - Montant de l'aide

- 500 €

### IV - Instruction du dossier

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

## FICHE N°2

### AIDE A L'INSTALLATION DES PERSONNELS DANS LE CADRE DU COMITE INTERMINISTERIEL DES VILLES (AIP-CIV) (ASIA)

NOM, PRENOM : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

NOM, PRENOM DE LA CONJOINTE, CONJOINT .....

ADRESSE PERSONNELLE .....

ADRESSE EMAIL : .....

FONCTION EXERCEE : .....

J'ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE L'**AIP-CIV**,

SIGNATURE

#### ATTESTATION A REMPLIR PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT

JE SOUSSIGNE (E) : ..... CHEF D'ETABLISSEMENT,

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT : .....

CERTIFIE QUE L'INTERESSE(E) EXERCE DANS MON ETABLISSEMENT POUR L'ANNEE SCOLAIRE

A..... le.....

SIGNATURE,

- ARRETE D'AFFECTATION OU DE MUTATION,
- DERNIER BULLETIN DE SALAIRE
- DERNIER AVIS D'IMPOSITION (N-1),
- CONTRAT DE LOCATION (BAIL),
- **R.I.B AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**
- ATTESTATION SUR L'HONNEUR QUE VOUS N'AVEZ PAS BENEFICIE DE L'AIP-CIV
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants du code pénal**

LE DOSSIER EST A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Christian DI TOMMASO  
Tél. : 04 76 74 76 72  
Mél : [christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr](mailto:christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

### FICHE N° 3

## AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT POUR LES PERSONNELS NON TITULAIRES (ASIA)

### I - Objectif

- aider financièrement les personnels contractuels, enseignants ou administratifs, qui n'ont pas de poste à l'année.

### II - Conditions

- personnel administratif : trajet domicile – travail > 20 km
- personnel enseignant : trajet domicile - travail > 40 km
- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 9 500 €

#### CALCUL DU QF: REVENU IMPOSABLE N-1 /NOMBRE DE PARTS FISCALES

### III - Montant de l'aide

- prestation plafonnée à 260 € par année scolaire

### IV - Instruction du dossier

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

## FICHE N°3

# AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT POUR LES PERSONNELS NON TITULAIRES (ASIA)

NOM, PRENOM : .....

NOM, PRENOM DE LA CONJOINTE, CONJOINT :  
.....

N° SECURITE SOCIALE : .....

ADRESSE PERSONNELLE :  
.....

ADRESSE EMAIL : .....

FONCTION : .....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :  
.....

Je déclare ne pas bénéficier de la législation sur les frais de déplacement pour services partagés et j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

à..... le.....

Signature

### PIECES JUSTIFICATIVES :

- DERNIER BULLETIN DE PAIE,
- AVIS D'IMPOSITION (**ANNEE CIVILE N-1**),
- QUOTIENT FAMILIAL  $\leq 9500\text{€}$
- CONTRAT DE TRAVAIL OU ARRETE D'AFFECTATION,
- EMPLOI(S) DU TEMPS,
- CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES (SIGNES PAR L'ETABLISSEMENT)
- **R.I.B.AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants du code pénal**

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

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUÉS**  
**LES DOSSIERS SERONT CONSTITUÉS CHAQUE FIN DE TRIMESTRE**

DATE DE DEPLACEMENT	LIEU DE DEPART	LIEU DE DESTINATION	*ALLER SIMPLE	*ALLER ET RETOUR	DISTANCE ALLER KM
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

\*mettre une croix dans la case concernée.

Signature et tampon du chef d'établissement

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Christian DI TOMMASO  
Tél. : 04 76 74 76 72  
Mél : [christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr](mailto:christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## FICHE N° 4

# AIDE AUX FRAIS DE DEPLACEMENT AUPRES DE PROCHES HOSPITALISES (ASIA)

### I - Objectif

- aider financièrement le personnel qui doit se rendre auprès de proches hospitalisés (conjoint ou enfant) loin du domicile.

### II - Conditions

- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 9 500 €

**CALCUL DU QF** : REVENU IMPOSABLE DE L'ANNEE N-1 / NOMBRE DE PARTS FISCALES

### III - Montant de l'aide

- prise en charge plafonnée à 260 € par année scolaire

### IV - Instruction du dossier

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

## FICHE N° 4

# AIDE AUX FRAIS DE DÉPLACEMENT AUPRÈS DE PROCHES HOSPITALISÉS (ASIA)

NOM, PRENOM : .....

NOM, PRENOM DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

FONCTION : .....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION

ADRESSE EMAIL : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

JE SOUSSIGNE(E)..... ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE L'ASIA : FRAIS DE DEPLACEMENT AUPRES DES MALADES HOSPITALISES

A.....LE.....

SIGNATURE

### PIECES JUSTIFICATIVES :

- AVIS D'IMPOSITION (**ANNEE CIVILE N-1**), QUOTIENT FAMILIAL  $\leq 9500\text{€}$
- ARRETE D'AFFECTATION,
- BULLETIN D'HOSPITALISATION,
- CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES
- JUSTIFICATIF DU LIEN DE PARENTE (PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE),
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
- **R.I.B. AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants du code pénal**

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

**FICHE N° 4****CALENDRIER DES DEPLACEMENTS EFFECTUES**

	date de déplacement	lieu de départ	lieu de destination	*aller simple	*aller et retour	distance aller km
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

*\*mettre une croix dans la case concernée.**Signature*



Réf N° : 2025-2026

Affaire suivie par :

DBF1- prestations complémentaires

Jean-Pierre WESOLEK

Tél. : 04 76 74 70 72

Mél : [jean-pierre.wesolek@ac-grenoble.fr](mailto:jean-pierre.wesolek@ac-grenoble.fr)

[ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble

7, place Bir-Hakeim CS 81065

38021 Grenoble Cedex 1

## Fiche 5

### SEJOUR D'ENFANTS (PIM)

**Nouveauté 2025-2026 :** les demandes pour cette aide se font dorénavant de manière 100 % dématérialisée (lien vers le formulaire en ligne en bas de page).

En cas de difficultés, il reste possible de faire la demande sous format papier en faisant la demande à l'adresse [ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)

#### I - SEJOURS PROPOSES

**Les séjours en centres de vacances organisés par des organismes à but commercial et/ou sans agrément ministériel et/ou domiciliés hors du territoire français, ainsi que les séjours en camping municipaux ou privés sont exclus de ce système d'aide**

**Sont également exclus du dispositif les cours individuels et/ou collectifs (ski, natation, tennis ...).**

##### Séjours en maison de repos :

- prescription médicale pour l'agent
- enfants âgés de 5 ans maximum au premier jour du séjour et 35 jours maximum par an, aucune condition de ressources

##### Séjours avec hébergement :

- enfants âgés de moins de 18 ans au premier jour du séjour et 45 jours maximum par an (congés scolaires)

##### Séjours sans hébergement : (centre aéré ou de loisirs)

- enfants âgés de moins de 18 ans sans limitation de nombre de jours (congés scolaires)

##### Séjours en centres familiaux de vacances agréés (Établissements de tourisme social associatif sans but lucratif agréés ministériellement et établissements labellisés Gîtes de France).

- enfants âgés de moins de 18 ans au premier jour du séjour et 45 jours maximum par an

##### Séjours éducatifs :

- enfants âgés de moins de 18 ans en début d'année scolaire
- un voyage par année scolaire d'un minimum de 5 jours et maximum 21 jours hors vacances scolaires

##### Séjours linguistiques :

- enfants âgés de moins de 18 ans, voyages organisés hors périodes scolaires et maximum 21 jours

##### Subvention pour les séjours des enfants handicapés

- Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfants handicapés (AEEH) ou un justificatif d'une incapacité permanente d'au moins 50 %
- Facture acquittée

## **II – INSTRUCTION DU DOSSIER**

Division budgétaire et financière du rectorat – Bureau DBF 1 – Prestations complémentaires

Le formulaire de demande dématérialisée est accessible sur la page de [l'action sociale de l'académie de Grenoble](#) ou via le lien suivant :

[Faire ma demande en ligne](#)



Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Jean-Pierre WESOLEK  
Tél. : 04 76 74 70 72  
Mél : [jean-pierre.wesolek@ac-grenoble.fr](mailto:jean-pierre.wesolek@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)  
Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## **FICHE N° 6**

# **AIDE AUX PARENTS EFFECTUANT UN SEJOUR MEDICAL (PIM)**

### **I - Objectif**

- aider financièrement les agents effectuant un séjour médical accompagné de leur(s) enfant(s) 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 DSSEN (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 : .....	
ADRESSE : .....	N° Sécurité Sociale : .....
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:**

- **Facture de l'établissement d'accueil du séjour médical**
- Dernier bulletin de salaire
- Pour le conjoint ou la conjointe : bulletin de salaire et attestation de l'employeur
- Copie intégral du livret de famille
- **RIB AVEC LE NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE**

Je soussigné(e)  
demandés.

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements

Signature

**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 : .....

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Christian DI TOMMASO  
Tél. : 04 76 74 76 72  
Mél : [christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr](mailto:christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

**FICHE N°7**  
**AIDE A L'ENFANCE**  
**AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION (ASIA)**

**I - Objectifs**

Aider les parents ayant des enfants âgés de 6 à 16 ans, pour :

- **Garde périscolaire/activités en clubs sportifs et/ou culturels.**

**II – Conditions**

- Parents ayant à charge un enfant âgé de 6 à <16 ans
- Ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12 500 euros
- **CALCUL DU QF : REVENU IMPOSABLE /NOMBRE DE PARTS FISCALES**

<b>Les factures doivent ABSOLUMENT porter le nom, le prénom de l'enfant, la date et la somme acquittée.</b>
<b>Pour les gardes périscolaires, envoyer les factures tous les <i>six mois ou à l'année</i>.</b>

Lors de la première demande joindre en deux exemplaires :

- Le formulaire à remplir (un par enfant) + 1 COPIE
- La ou les factures + 1 COPIE

**JOINDRE EN UN SEUL EXEMPLAIRE :**

- L'avis d'imposition : année N-1, avis 2022 sur les revenus 2021, (si garde alternée, fournir l'avis des deux parents)
- **un RIB à chaque nouvelle demande au nom et prénom de celui (ou celle) qui fait la demande**
- Tous les justificatifs demandés dans le formulaire (fiche de paye ...)
- RIB au nom et prénom du demandeur

Pour les demandes suivantes, en deux exemplaires :

- Le formulaire à remplir (un par enfant) + 1 COPIE
- **Deux** exemplaires des factures
- De nouvelles pièces sont à fournir uniquement si des changements s'opèrent, (naissance, etc...) ou pour toute nouvelle année civile **en 1 exemplaire**
- **RIB à chaque nouvelle demande au nom et prénom de celui (ou celle) qui fait la demande**

**III - Montant de l'aide**

Le plafond de la dépense est de 400 € par enfant et par année civile. L'aide est fixée à 50% du montant de la dépense soit **200€ au maximum**.

**IV – Instruction du dossier**

- Pour le premier degré : service d'action sociale de la DSSEN
- Pour le second degré : service d'action sociale du rectorat

**La fiche n°7 et la (les) facture(s) acquittée(s) sont à envoyer en 2 EXEMPLAIRES (un original et une copie PAR ENFANT). Les autres pièces en 1 EXEMPLAIRE.**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ**

## FICHE N°7

# AIDE À L'ENFANCE AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION (ASIA)

NOM PRENOM .....

NOM PRENOM DU CONJOINT/CONJOINTE ou CONCUBIN : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

FONCTION : .....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : .....

ADRESSE PERSONNELLE + ADRESSE MAIL :  
.....  
.....

JE SOUSSIGNE(E)..... ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS  
ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE L'ASIA : AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION.

A.....LE.....

SIGNATURE

### ENFANT DE 6 à < 16 ANS

NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE	E ETABLISSEMENT FREQUENTE

### PIECES JUSTIFICATIVES :

ATTENTION : LE FORMULAIRE DE LA DEMANDE ET LA (LES) FACTURE(S) ACQUITTEE(S) SONT A FOURNIR EN DEUX EXEMPLAIRES  
(ORIGINAL + COPIE)

- *FACTURE ACQUITTEE, PORTANT LE NOM ET LE PRENOM DE L'ENFANT POUR : GARDERIE PERISCOLAIRE, ACTIVITE SPORTIVE ET OU CULTURELLE*
- ***RIB AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE***

#### EN 1 EXEMPLAIRE

- *AVIS D'IMPOSITION (ANNEE CIVILE N-1), QUOTIENT FAMILIAL ≤ 12 500€ (PAS QF DE LA CAF)*
- *DERNIERE FICHE DE PAYE (AGENT ET CONJOINT)*
- *PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE COMPLET (**SI 1ERE DEMANDE**)*
- *EN CAS DE DIVORCE : PAGE DU JUGEMENT CONCERNANT LE MODE DE GARDE DU OU DES ENFANTS, (**SI 1ERE DEMANDE**)*
- *ATTESTATION DE NON PRISE EN CHARGE DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT*

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants du code pénal**

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Christian DI TOMMASO  
Tél. : 04 76 74 76 72  
Mél : [christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr](mailto:christian.di-tommaso@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplementaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## FICHE N° 8

# AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES ÉTUDIANTS NON BOURSIERS (ASIA)

### I - Objectifs

- aider à la poursuivre des études dans l'enseignement supérieur

### II - Modalités

- parent d'un enfant étudiant non boursier de moins de 26 ans
- ressources inférieures ou égales à un quotient familial (QF) de 12500 €

**CALCUL DU QF** : revenu imposable de l'année N-1/nombre de parts fiscales

### III - Montant de l'aide

- 200 € par enfant étudiant

### IV - Instruction du dossier

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

**DOSSIER A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES**

## FICHE N° 8

# AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES ÉTUDIANTS NON BOURSIERS (ASIA)

NOM, PRENOM : .....

NOM, PRENOM DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE : .....

N° SECURITE SOCIALE : .....

FONCTION : .....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : .....

.....  
ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....  
ADRESSE EMAIL : .....

JE SOUSSIGNE (E) : ..... ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES  
RENSEIGNEMENTS FOURNIS ET JE DEMANDE A BENEFICIER DE : L'AIDE AUX FRAIS D'INSCRIPTION DES  
ETUDIANTS NON BOURSIERS

A..... LE.....  
SIGNATURE

ENFANT DE MOINS DE 26 ANS

NOM - PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT FREQUENTE

### PIECES JUSTIFICATIVES :

- COPIE DU DERNIER BULLETIN DE PAIE,
- COPIE DU LIVRET DE FAMILLE
- COPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION (ANNEE CIVILE N-1),
- COPIE DE LA CARTE D'ETUDIANT PORTANT LE MONTANT DES FRAIS D'INSCRIPTION

OU POUR LES ELEVES POST-BAC DANS LES LYCEES : ATTESTATION DE L'ETABLISSEMENT MENTIONNANT QUE L'ELEVE N'EST PAS  
BOURSIER

- QUOTIENT FAMILIAL  $\leq$  12 500 €
- R.I.B AU NOM ET PRENOM DE L'AGENT SYSTEMATIQUEMENT A CHAQUE DEMANDE

**Tout cas de fraude ou de fausse déclaration est punissable conformément aux art 441-1 et suivants  
du code pénal**

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Réf N° : 2025-2026  
Affaire suivie par :  
DBF1- prestations complémentaires  
Jean-Pierre WESOLEK  
Tél. : 04 76 74 70 72  
Mél : [jean-pierre.wesolek@ac-grenoble.fr](mailto:jean-pierre.wesolek@ac-grenoble.fr)  
[ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)

Rectorat de Grenoble  
7, place Bir-Hakeim CS 81065  
38021 Grenoble Cedex 1

## FICHE N° 9

# AIDE AUX PARENTS D'ENFANTS HANDICAPES (PIM et ASIA pour les AED rémunérés par Vaucanson)

**Nouveauté 2025-2026** : les demandes pour cette aide se fait dorénavant de manière 100 % dématérialisée (lien vers le formulaire en ligne en bas de page).

En cas de difficultés, il reste possible de faire la demande sous format papier en faisant la demande à l'adresse : [ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr](mailto:ce.dbf1-prestationscomplémentaires@ac-grenoble.fr)

## I - Objectif

- aider financièrement le personnel ayant un enfant handicapé.

## II - Conditions

- allocation aux parents d'enfant handicapé de moins de 20 ans
- allocation pour un enfant handicapé poursuivant des études ou un apprentissage entre 20 et 27 ans
- séjour en centre de vacances spécialisé sans limite d'âge, 45 jours/an au maximum

## III - Montant de l'aide

- pour les prestations : selon barème national
- pour les séjours : selon facture

## IV -Pièces à fournir

### Pièces à joindre dans tous les cas :

- Pour le conjoint ou la conjointe (sauf si employé et rémunéré par l'académie de Grenoble) : bulletin de salaire et attestation de l'employeur de non perception d'une aide similaire
- RIB avec le nom et le prénom du demandeur
- En cas de divorce, une copie de l'extrait du jugement faisant apparaître la garde de l'enfant
- Attestation de fin de versement de l'académie d'origine si arrivée dans l'académie de Grenoble récente

**Pièces spécifiques à chaque demande :**

**□ Subvention enfant de moins de 20 ans**

- Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfants handicapés (AEEH)
- Attestation de non perception de la PCH (prestation compensatrice du handicap) et de signalement de tout changement relatif aux aides légales dont l'(les) enfants bénéficie(nt) (Annexe 2)

**□ Subvention pour enfant atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap poursuivant des études ou un apprentissage au-delà de 20 ans et jusqu'à 27 ans**

- Notification de décision d'allocation d'éducation d'enfants handicapés (AEEH)
- Certificat d'inscription justifiant la poursuite de la scolarité ou de l'apprentissage
- Un justificatif d'une incapacité permanente d'au moins 50 % (notification MDPH, certificat médical, carte invalidité)
- Un justificatif de non perception de l'AAH (allocation d'adulte handicapé) et de la PCH.

**V - Instruction du dossier**

Division budgétaire et financière du rectorat – Bureau DBF 1 – Prestations complémentaires

Pour une demande de subvention pour les séjours des enfants handicapés se reporter à la fiche n° 5 PIM séjour (demande accessible en ligne).

Le formulaire de demande dématérialisée est accessible sur la page de [l'action sociale de l'académie de Grenoble](#) ou via le lien suivant :

[Faire ma demande en ligne](#)