

## DEMANDE AIDE POUR LE DEPART EN VACANCES D'UN ENFANT PORTEUR DE HANDICAP ET OU MALADE

### A remplir par l'allocataire :

N° ALLOCATAIRE : .....	NOM et PRENOM : .....
NOM et PRENOM de l'enfant porteur d'un handicap et/ou malade : .....	

### Prestation sociale

- AEEH
- PCH enfant
- AJPP

Centre de vacances / camping	
Dates de séjour	

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et avoir pris connaissance des informations ci-dessous.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2024

Signature

Renvoyer ce formulaire à la CAF de l'Ain accompagné d'un justificatif de réservation stipulant un surcoût lié au handicap



- **Tout imprimé incomplet vous sera retourné et aucun justificatif ne sera pris en compte**
- **Le versement de cette aide sera consenti pour la CAF dans le respect du Règlement Intérieur d'Action Sociale et sous réserve des crédits disponibles.**

