DEMANDE D'AIDE POUR UN SÉJOUR LINGUISTIQUE ENFANT

Les conditions d'attribution :

Peuvent bénéficier de cette aide les familles allocataires de la CAF des Landes, le mois précédent la demande :

Ayant au moins un enfant âgé de 10 à 20 ans qui n'a pas bénéficié de cette aide l'année précédente

- Ayant un quotient familial le mois précédent la demande inférieur ou égal à 1 400 €.
- Ayant perçu une prestation familiale mensuelle, ou du RSA, prime d'activité ou de l'APL le mois précédent la demande

Sur demande expresse, les personnes non-allocataires :

Ayant la garde alternée fixée par jugement, d'au moins un enfant, à charge au sens des prestations familiales de l'autre parent

- résidant dans les Landes le mois précédent la demande
- ayant au moins un enfant âgé de 10 à 20 ans,
- ayant un quotient familial le mois précédent la demande inférieur ou égal à 1 400 €.

Les modalités d'attribution :

L'aide est d'un montant de **600 €** par semaine et limitée à deux semaines.

Elle est payée directement à la famille ou à l'organisateur du séjour, à réception de la facture du séjour.

Les Fonds consacrés à cette aide étant limités, les demandes seront traitées par ordre d'arrivée à la CAF des Landes, jusqu'à épuisement du budget.

A COMPLETER PAR L'ALLOCATAIRE

N° allocataire : **Nom, prénom de l'allocataire :**

Adresse :

Nom et prénom de l'enfant effectuant le séjour :

Date de naissance :

Date de séjour : du …… au …… (le séjour doit obligatoirement avoir lieu pendant les vacances scolaires et avoir une durée minimale d'une semaine).

Lieu du séjour linguistique :

Organisateur du séjour (Nom et coordonnées) : ……

Cet organisateur est adhérent : à l'UNOSEL* ☐ Union Nationale des Organismes de Séjours Educatifs Linguistiques

ou à l'ONGSSL* ☐ Office National de Garantie des Séjours et Stages Linguistiques

***** *Mettre une croix devant l'organisme concerné*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations complétées ci-dessus.

Date et signature de l'allocataire :

Joindre obligatoirement : - la facture du séjour et le RIB de l'organisateur, pour un paiement en tiers payant
- la facture acquittée du séjour pour un paiement à l'allocataire.

Documents à renvoyer à : Caisse d'Allocations Familiales des Landes
207 Rue Fontainebleau 40023 MONT DE MARSAN CEDEX

DECISION

A COMPLETER PAR LA CAF

N° allocataire : **Nom Prénom Allocataire**

Nom et prénom de l'enfant effectuant le séjour :

Montant de la participation CAF attribuée :

600 € x semaines = €

Date :

Signature :