



Renseignements concernant le bénéficiaire :

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	
Nombre de personnes vivant dans le foyer :	Dont enfant de – 16 ans :
Adresse :	
CP :	Ville :
Affectation :	Service :
Code ministère (*)	Département :
<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Contractuel

(*) Code MIN indiqué sur le bulletin de salaire à joindre à la demande

Motif de la demande :

<input type="checkbox"/> congé maladie avec perte d'autonomie temporaire (certificat médical ou arrêt de travail)	<input type="checkbox"/> congé maternité (avec pathologie pré-natale et perte d'autonomie légère ou temporaire (certificat médical ou arrêt de travail),
<input type="checkbox"/> situation particulière suivant avis de l'assistant(e) de service social, <i>(ex : problème exceptionnel de garde d'enfant suite contrainte professionnelle ou familiale, décès du conjoint, hospitalisation du conjoint, enfant handicapé, conjoint en perte d'autonomie temporaire...). Enfant gravement malade, hospitalisations régulières</i>	

Fait le ____/____/2022 à

Signature :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à utiliser personnellement les CESU qui me seront remis dans le cadre de l'aide à domicile proposée par la SRIAS des Pays de la Loire.

Cadre réservé à l'administration : motivation de la demande :	
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Arrêté de congé
Avis de l'assistant/e du service social :	
Avis favorable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre CESU :
	Cachet et signature