

**Toute demande transmise directement, sans validation par le service gestionnaire ou service social
ne sera pas étudiée.**

Le bénéficiaire :

NOM : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Nb personnes vivant au sein du foyer <input type="text"/> Dont enfant - 16 ans <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	
CP : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Administration : <input type="text"/>	Service : <input type="text"/>
Code ministère (*) <input type="text"/>	Département affectation : <input type="text"/>
<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 (justificatif à joindre : 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 à Le Signature

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à utiliser personnellement les CESU remis.

Cadre réservé à l'administration : motivation de la demande :

Arrêt de travail

Arrêté de congé

Avis de l'assistant/e du service social :

Avis favorable : Oui Non

Nombre CESU :

Cachet et signature