



**ACADÉMIE  
DE GRENOBLE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Rectorat de Grenoble  
Division Budgétaire et Financière**

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) enfants 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 DSDEN (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 : .....	N° Sécurité Sociale : .....
ADRESSE : .....	.....
CP : ..... VILLE : .....	N° téléphone.....
Mél : ..... @.....	

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 : .....