



Institut national supérieur  
d'enseignement artistique  
Marseille Méditerranée

**ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE COOPÉRATION CULTURELLE  
INSTITUT NATIONAL SUPÉRIEUR D'ENSEIGNEMENT ARTISTIQUE  
MARSEILLE MÉDITERRANÉE**

Siège social : 184, avenue de Luminy - CS 70912 - 13288 Marseille Cedex 9

**Conseil d'Administration  
Séance du 14 octobre 2022**

**Action sociale  
Mise en œuvre de l'Allocation aux Parents  
d'Enfants Handicapés  
Pièce jointe n°1  
Formulaire de demande**

Délibération n°DELIB\_07\_RH\_22\_10\_14\_ACT\_SOCIALE\_APEH\_PJ1\_FORMULAIRE



**Allocation aux Parents d'Enfants  
Handicapés de moins de 20 ans**

Le dossier complet est à remettre à :  
INSEAMM  
Service des Ressources Humaines  
184 Avenue de Luminy  
CS 70912  
13288 Marseille cedex 09  
Mail :

**Dossier 20.... de demande de prestation**

<b>Renseignements concernant le demandeur</b>	
Prénom(s) et Nom	
Nom de jeune fille (femmes mariées)	
Date et lieu de naissance	
Adresse personnelle complète	
Fonction dans l'établissement	
Etablissement d'exercice	
Situation familiale actuelle	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> PACSé(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)

<b>Informations concernant l'enfant</b>	
Prénom(s) et Nom : .....	Date de naissance : .././....
<b>Période d'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) :</b> <b>du .././.... au .././....</b>	
Etablissement scolaire fréquenté :	
• Nom et adresse de l'établissement :	
• Régime : <input type="checkbox"/> Externat ou demi-pension	
<input type="checkbox"/> Internat de semaine en établissement scolaire ordinaire	
<input type="checkbox"/> Internat de semaine en établissement spécialisé	
<input type="checkbox"/> Internat permanent	
Si l'enfant n'est pas scolarisé, veuillez préciser sa situation : .....	

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et pièces fournies**

Fait à .....le .././....

**Signature du demandeur**

**A la différence des prestations légales, les prestations d'action sociale sont des prestations à caractère facultatif. Il résulte de ce principe qu'elles ne peuvent être accordées que dans la limite des crédits prévus à cet effet et que leur paiement ne peut donner lieu à rappel.**

**Agents bénéficiaires :**

Les bénéficiaires éligibles à l'APEH sont (conditions cumulatives) :

- Les agents stagiaires et titulaires de la fonction publique, contractuels de droit public ou privé recrutés sur un emploi permanent ayant au moins 6 mois d'ancienneté, en position de détachement dans l'établissement, exerçant leurs fonctions à temps complet, à temps partiel ou à temps non complet, étant en position d'activité ;
- Parents d'un enfant âgé de moins de 20 ans dont le handicap ouvre droit à l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH).

**Exclusions :**

- Agents en détachement, en disponibilité, en congé parental ;
- Perception de l'APEH par l'autre parent.

**Conditions d'attribution :**

- Aucune condition de ressource n'est requise ;
- Le versement de l'APEH est subordonné au versement des mensualités de l'AEEH pour la période notifiée par le Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou de l'Autonomie (MDA). La perte de l'AEEH entraîne la perte de l'allocation facultative APEH ;
- L'enfant, âgé de moins de 20 ans, doit être à la charge de l'agent au sens des prestations familiales ;
- Le versement de l'APEH intervient à compter du mois suivant la demande de l'agent ;
- Le versement mensuel de l'APEH est à taux plein lorsque l'enfant réside en permanence dans sa famille, fréquente un établissement scolaire comme externe ou demi-pensionnaire ou en internat de semaine sans prise en charge des frais de séjour (établissement scolaire ordinaire). L'allocation est versée au prorata des jours passés par l'enfant dans sa famille lorsque l'enfant fréquente un internat de semaine avec prise en charge des frais de séjour (établissement spécialisé).

**Exclusion :**

- L'APEH ne peut pas être attribuée lorsque l'enfant est placé en internat permanent (compris week-end et congés scolaires) dans un établissement spécialisé avec une prise en charge intégrale (soin, frais de scolarité, frais d'internat) par l'Etat, l'assurance maladie ou l'aide sociale ;
- L'APEH n'est pas cumulable avec la prestation de compensation du handicap (PCH) et avec l'allocation adulte handicapé (AAH).

**Documents à joindre à la demande :**

- Une copie intégrale (toutes les pages) de la notification de décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou de l'Autonomie (MDA) attribuant l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ;
- L'attestation de non perception de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ci-jointe ;
- Copie complète du livret de famille ;
- Certificat de scolarité de l'enfant (si scolarisé) ;
- En cas de séparation : extrait du jugement indiquant le lieu de résidence habituelle de l'enfant ;
- Si conjoint agent public : une attestation de l'employeur du conjoint relative au non versement de l'Allocation aux Parents d'Enfants Handicapés de moins de 20 ans pour l'année en cours ;
- « l'engagement de l'allocataire » (ci-dessous) daté et signé.

---

**Engagement de l'allocataire** (copie conservée par le demandeur)

Je soussigné(e) : Prénom(s).....Nom .....

Demandeur de l'Allocation aux Parents d'Enfants Handicapés (APEH), m'engage à informer le service des Ressources Humaines de l'INSEAMM de tout changement dans ma situation et à en fournir les justificatifs, à savoir :

- Changement de situation familiale ayant une incidence sur la garde de l'enfant ;
- Changement de type d'établissement scolaire fréquenté par l'enfant (avec ou sans internat) ;
- Changement dans la situation de l'AEEH (modification de la période) ;
- Attribution de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ;
- Attribution de l'APEH au conjoint agent public ;

**Date et signature**



**Attestation de non perception  
De la Prestation de Compensation du Handicap (PCA)  
et de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)**

Je soussigné(e) : Prénom(s) ..... Nom .....

Demandeur de la l'Allocation aux Parents d'Enfants Handicapés de moins de 20 ans pour l'enfant :

Prénom(s) ..... Nom .....

Né(e) le : .././....

- Atteste sur l'honneur ne pas percevoir la Prestation de Compensation du Handicap (PCA) et l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).
- M'engage à informer immédiatement le service des Ressources Humaines de l'INSEAMM en cas d'attribution de la PCA ou de l'AAH.

Date et signature