



**PRESTATIONS INTERMINISTÉRIELLES (PIM) 2025-2026**

**RENOUVELLEMENT**  
**ALLOCATION MENSUELLE AUX PARENTS D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP**  
**DE 20 A 27 ANS (APEH)**  
**« ALLOCATION SPÉCIALE POUR JEUNES ADULTES »**

Prestation non cumulable avec l'AAH (Allocation Adulte Handicapé)  
et la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

**FORMULAIRE RÉSERVÉ AUX PERSONNELS RETRAITÉS**

**Bénéficiaires :**

Personnels retraités du secteur public de l'éducation nationale domiciliés dans l'académie

**Conditions d'attribution :**

L'allocation est versée au titre des enfants âgés de plus de 20 ans et de moins de 27 ans ayant ouvert droit aux prestations familiales.

- **En cas de maladie chronique ou d'infirmité consécutive de handicap reconnue par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)**, la prestation est attribuée si le jeune adulte ne bénéficie pas de l'allocation aux adultes handicapés ni de l'allocation compensatrice.
- En cas de maladie chronique ou d'infirmité consécutive d'un handicap (non reconnue par la MDPH), les parents peuvent prétendre à cette allocation sur avis d'un médecin agréé par l'administration ([www.iledefrance.ars.sant.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france](http://www.iledefrance.ars.sant.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france))
- Le jeune adulte doit justifier d'une qualité d'étudiant, d'apprenti ou de stagiaire au titre de la formation professionnelle.
- L'allocation est versée mensuellement et également au cours des mois de vacances scolaires.
- Aucune condition de ressources.

**Montant de la prestation :** 143,45 €/mois (taux au 1<sup>er</sup> avril 2026)

**⚠ LE DÉLAI DE RÉCEPTION DU DOSSIER COMPLET EST LIMITÉ À 12 MOIS À COMPTER DU DÉBUT DE LA PRESTATION. CELLE-CI EST PAYÉE DANS LA LIMITE DES CRÉDITS DISPONIBLES MÊME SI LES 12 MOIS DE VALIDITÉ NE SONT PAS ÉCOULÉS, LE TAMPON D'ARRIVÉE DANS LE SERVICE FAISANT FOI**

**L'allocation ne peut être accordée que dans la limite de l'enveloppe financière prévue à cet effet.**  
Elle n'est assurée d'aucune reconduction les années suivantes.

**OÙ ADRESSER VOTRE DEMANDE ?**

**Par courrier :**

Rectorat de Versailles  
Pôle de l'action sociale  
3 boulevard de Lesseps  
78017-VERSAILLES Cedex

**Par mail :**

[ce.actionsociale@ac-versailles.fr](mailto:ce.actionsociale@ac-versailles.fr)

Si vous avez des questions, contactez-nous **de préférence par mail** [ce.actionsociale@ac-versailles.fr](mailto:ce.actionsociale@ac-versailles.fr), sinon par téléphone : 01 30 83 50 88



**RENOUVELLEMENT**  
**DEMANDE D'ALLOCATION MENSUELLE AUX PARENTS D'ENFANTS**  
**EN SITUATION DE HANDICAP DE 20 A 27 ANS**  
**« ALLOCATION SPECIALE POUR JEUNES ADULTES »**

**FORMULAIRE RÉSERVÉ AUX PERSONNELS RETRAITÉS**

Année civile : \_\_\_\_\_

**NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR :** .....

**CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :**

Renouvellement ☒ à compter du mois de : \_\_\_\_\_

N° Tiers Chorus : \_\_\_\_\_

Montant de la dépense : \_\_\_\_\_

Code ordo RECCHOR 78

☐ BOP 214

➤ **Pièces à fournir à chaque trimestre :**

- ☐ Le formulaire de demande complété et signé
- ☐ La copie du dernier titre de pension
- ☐ Si votre situation familiale a changé, la copie du livret de famille ou de tout autre justificatif
- ☐ Si vos coordonnées bancaires ont changé, un relevé d'identité bancaire
- ☐ **Pour les stagiaires et les apprentis, l'attestation de l'organisme de formation**
- ☐ Le dernier relevé de compte de la CAF sur lequel figurent vos prestations et votre profil
- ☐ Notification de la MDPH complète (toutes les pages) portant cachet et signature, si modification des droits
- ☐ Attestation de l'employeur du conjoint de non-paiement de l'allocation ou justificatif de France Travail

| <b>PRESTATIONS INTERMINISTÉRIELLES (PIM)</b><br><b>RENOUVELLEMENT ALLOCATION MENSUELLE AUX PARENTS D'ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP (APEH)</b> |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## FORMULAIRE RÉSERVÉ AUX PERSONNELS RETRAITÉS

**NOM ET PRÉNOM DU DEMANDEUR :** .....

|                                  | DEMANDEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CONJOINT(E)                                                                                 |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom d'usage                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Nom de jeune fille               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Prénom                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Date et lieu de naissance        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Situation familiale du demandeur | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) depuis le .....<br><input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le ..... <input type="checkbox"/> Séparé(e) depuis le .....<br><input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le ..... <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le.....<br><input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le .....(joindre contrat) |                                                                                             |
| Lien de parenté                  | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur |
| Adresse personnelle              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Téléphone personnel              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| N°INSEE                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| E-mail                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |
| Relevé d'Identité Bancaire RIB   | <b>Compte sur lequel est versé la pension (<u>tout autre RIB ne sera pas pris en compte</u>)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                             |

| INFORMATIONS SUR L'ENFANT DE + DE 20 ANS |                                                                                                                                                            |                                                                              |                                                                      |                                                                 |                                                                  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Nom                                      |                                                                                                                                                            | Prénom                                                                       |                                                                      | Âge                                                             |                                                                  |
| Date de naissance                        |                                                                                                                                                            | Bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (AAH)                          | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non         | Bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> Oui (*)<br><input type="checkbox"/> Non |
|                                          |                                                                                                                                                            | Attention : Prestation non cumulable avec l'AAH et la PCH (voir relevé MDPH) |                                                                      |                                                                 |                                                                  |
| Situation du jeune adulte                | <input type="checkbox"/> Etudiant<br><input type="checkbox"/> Apprenti<br><input type="checkbox"/> Stagiaire<br><input type="checkbox"/> Maladie chronique | Le jeune adulte est-il ?                                                     | <input type="checkbox"/> interne<br><input type="checkbox"/> externe | Si interne, avec prise en charge intégrale de l'État            | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non     |
| Nom de l'établissement ou de l'employeur |                                                                                                                                                            |                                                                              |                                                                      |                                                                 |                                                                  |

(\*) si oui, joindre le document PCH.

Je soussigné(e) (nom, prénom) \_\_\_\_\_

Certifie sur l'honneur n'avoir pas perçu de prestation de même nature et que les renseignements portés sur la présente demande sont exacts.

Je m'engage à signaler immédiatement tout fait nouveau modifiant la présente demande.

Je reconnais avoir pris connaissance qu'une fausse déclaration m'exposerait à des sanctions pénales et/ou une peine d'emprisonnement.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L.554-1 du code de la Sécurité Sociale et article 150 du Code pénal). L'organisme débiteur peut vérifier l'exactitude des déclarations qui lui sont faites (article L.583-3 du code de la sécurité sociale).

Les informations recueillies sont utilisées par le pôle de l'action sociale et la plateforme CHORUS du rectorat de l'académie de Versailles. Elles sont uniquement destinées à traiter administrativement et financièrement votre dossier de demande de prestations d'action sociale. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.



ACADÉMIE  
DE VERSAILLES

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**ATTESTATION DE NON-PERCEPTION D'UNE AIDE  
POUR PARENT D'ENFANT  
EN SITUATION DE HANDICAP**

à compléter par l'employeur du conjoint  
de l'agent demandeur du versement de l'APEH  
(sauf pour les conjoints travaillant dans l'académie de Versailles)

Je soussigné(e) (nom et fonction) .....

Organisme / Entreprise / Établissement .....

atteste que Monsieur/ Madame (nom et prénom) .....

Domicilié(e) au .....

.....

.....

**ne bénéficie d'aucune aide pour parent d'enfant en situation de handicap**

pour son enfant (nom et prénom) .....

Fait à la demande de l'intéressé(e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

À ....., le .....

Signature

Cachet de l'employeur