santé
famille
retraite
services

SUD CHAMPAGNE

XTM52 - ESSS08471

BONS VACANCES 3-17 ANS

COLONIES ET CAMPS SUPERIEURS OU EGAUX A 3 JOURS *(hors camping et séjour famille)*

Conditions d'attribution :

- Etre allocataire à la MSA Sud Champagne
- Avoir un quotient familial compris dans le barème ci-dessous :

Barème valable pour l'année en cours					
QF mensuel	jusqu'à 300 €	de 301 à 570 €	de 571 à 675 €	de 676 à 840 €	de 841 à 1 200 €
Participation MSA / jour	24 €	21 €	18 €	15 €	12 €

Utilisation :

- **Pour la famille,** vous devez :
  - Remplir la partie « Allocataire » du bon et le signer ***(⚠ remplir 1 bon par enfant et par séjour)***
  - Editer votre Quotient Familial (QF) disponible dans votre espace privé MSA
    - Menu : ***Mes services / Famille Logement « voir tous les services » / Enfance / Mon quotient familial***
  - Transmettre le bon à la structure organisatrice avec votre attestation QF
- **Pour la structure,** vous devez :
  - Compléter la partie « Structure » du bon
  - Retourner le bon et les pièces justificatives **à la fin du séjour à :**

MSA Sud Champagne - Service Action sociale
1 Avenue Maréchal Joffre - 10000 TROYES

ALLOCATAIRE *à remplir par la famille*	**Numéro de sécurité sociale** : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nom/Prénom :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** |__|__|__|__|__| **Ville :** _____ **Nom/Prénom de l'enfant :** _____
STRUCTURE *à remplir par l'organisateur du séjour*	**Nom du gestionnaire :** _____ **Adresse :** _____ **Code Postal :** |__|__|__|__|__| **Ville :** _____ **Téléphone :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
	Intitulé du séjour : _____ **Dates du séjour : du** ___/___/_____ **au** ___/___/_____ **Nombre de jours :** |__|__| **Prix de journée ou coût forfaitaire du séjour :** _____ **€** **Participation journalière de la MSA :** _____ **€** *(se référer au barème ci-dessus)* **Coût à charge de la famille :** _____ **€** *(déduction faite de la participation MSA)*
	Paiement de la participation MSA, dans la limite des frais réels, à effectuer : ❒ au gestionnaire ❒ à la famille

La MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L.114-9 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.851-2 du Code de la Construction et de l'Habitation). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude, de fausse déclaration, de manquement aux obligations déclaratives, d'inexactitude ou de caractère incomplet des informations recueillies (Article L.583-3 du Code de la Sécurité Sociale – Article L.852-1 du Code de la Construction et de l'Habitation – sans préjudice des sanctions pénales encourues).
Pour l'étude et la gestion de vos droits, vos données personnelles sont traitées par la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole – 19, rue de PARIS 93000 Bobigny, qui a désigné un Délégué à la Protection des Données. Au titre du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) et de la Loi Informatique et Libertés (LIL) modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de suite aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au directeur de votre caisse de MSA de rattachement, par courrier postal signé accompagné d'une pièce d'identité signée.
Si la réponse apportée ne vous paraît pas satisfaisante, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.
Certaines de vos informations peuvent être transmises à nos partenaires, dans le cadre de nos missions. Vos informations sont conservées au maximum pendant 6 ans après la fin de votre relation avec la branche Famille ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux ou encore au titre des obligations qui pèsent sur le directeur comptable et financier de la CCMSA. Toute décision administrative individuelle automatisée ou profilage est effectuée dans le respect de l'article L.311-3-1 et du chapitre Ier du titre Ier du livre IV du code des relations entre le public et l'administration. Ultérieurement, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation de politiques publiques, de lutte contre le non recours au droit, de statistiques, recherches et études.

Fait à : _____ Le : ____/____/_____

Signature du demandeur

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES	Agrément du séjour par les services du ministère de l'éducation nationale de la jeunesse et des sports
	Attestation de quotient familial *(fournie par la famille)*
	RIB de la structure *(facultatif si déjà connu de la MSA ou si paiement à la famille)*