

AIDE à L'APPRENTISSAGE AGRICOLE

ANNEE SCOLAIRE 2026-2027

VOUS (parent de l'apprenti-e), votre conjoint(e), concubin(e), ou partenaire PACS

► **Demandeur (vous-même)**

Personne qui fait la demande et qui est responsable du dossier

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom d'usage.....

Nom de famille.....

Prénom.....

Date de naissance L L L L L L L L L L

N° d'allocataire CAF

Votre situation professionnelle :

☐ Exploitant(e) ☐ Salarié(e)

☐ Retraité (e) ☐ Pensionné(e) au titre de l'invalidité

☐ Titulaire AAH ☐ En arrêt maladie ☐ autre situation

► **Conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS**

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom d'usage.....

Nom de famille.....

Prénom.....

Date de naissance L L L L L L L L L L

N° d'allocataire CAF

☐ Exploitant(e) ☐ Salarié(e)

☐ Retraité (e) ☐ Pensionné(e) au titre de l'invalidité

☐ Titulaire AAH ☐ En arrêt maladie ☐ autre situation

► **Adresse précise du domicile :** Bât.....Escalier.....Etage.....Appartement.....

N°.....Rue.....Commune.....Code postal

N° de ☎ pour vous joindre : Domicile.....Lieu de travail.....

E-mail :

► **Si vous êtes sous tutelle :**

Nom et prénom du tuteur ou nom de l'organisme :

Adresse :

► **Votre situation familiale actuelle**

☐ Vous vivez seul(e)

Précisez si vous êtes : ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

☐ Vous vivez en couple

Précisez si vous êtes : ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Partenaire PACS ☐ Autre

► **Si vous avez des enfants à charge (autres que l'apprenti-e)**

Nom <i>Ex : Durand</i>	Prénom <i>François</i>	Lien de parenté <i>Fils</i>	Date de naissance <i>10 - 12 - 1990</i>	Situation <i>Collégien</i>	Ressources mensuelles <i>Fournir les justificatifs</i>

L'Apprenti(e)

Nom de naissance Prénom

Date de naissance Lien de parenté :

N° d'immatriculation (clé obligatoire) N° d'allocataire CAF

► Les Allocations familiales sont-elles versées pour l'apprenti(e) pour lequel l'aide est demandé ?

☐ OUI ☐ NON

► L'apprenti(e) est-il(elle) à charge des parents fiscalement ?

(soit intégré dans le nombre de parts, soit versement d'une pension alimentaire)

☐ OUI ☐ NON

► Etablissement d'enseignement théorique fréquenté ?

► Nom et Adresse de l'Employeur :

Pièces à fournir pour l'étude de votre demande avant le 31 octobre 2026 :

☐ Attestation de l'établissement scolaire justifiant d'un contrat d'apprentissage en cours pour l'année scolaire considérée et précisant qu'il s'agit bien d'une 1ère ou 2ème année (les 3ème années n'entrent pas dans le cadre)

☐ Photocopie du certificat de scolarité

☐ Photocopie intégrale de l'avis d'imposition ou de non imposition 2026 des parents (sur les ressources 2025)

☐ Déclaration sur l'honneur des parents attestant qu'ils n'ont pas fait le choix volontaire d'abandonner le bénéfice des prestations familiales.

Observations :

Destinataire du paiement à compléter obligatoirement :

Votre enfant est apprenti dans la filière agricole. A ce titre, il a fait une demande d'aide à l'apprentissage proposée par le Service Action Sanitaire et Sociale de la MSA des Charentes.

Comme vous n'êtes pas connu(e)s par nos services de Prestations Familiales, nous vous demandons de compléter les éléments ci-dessous. Cela permettra en cas d'accord (suite à l'étude des droits) la mise en paiement au bon destinataire.

Je soussigné (e) Mr/ Mme

- accepte que le versement de l'aide soit fait :

☐ sur le compte bancaire de mon enfant : Nomprénom.....

- refuse et souhaite qu'il soit fait :

☐ sur notre compte bancaire

Merci de mettre une croix dans l'option choisie et de transmettre le RIB correspondant

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur cette demande ainsi que les documents joints sont exacts et que je n'ai pas fait de demande auprès d'un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

Je confirme avoir pris connaissance de mes droits figurant en annexe et j'autorise la Caisse de la MSA des Charentes à utiliser mes données dans le cadre de cette demande de prestation.

Fait à le.....

*Signature des parents
ou du représentant légal*

*Signature du Tuteur
(si la famille est sous Tutelle)*

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L554.1 du Code de la Sécurité Sociale, art. 441.1 du Nouveau Code Pénal)

Dossier à retourner complet

- Sur votre espace privé sous le matricule de l'apprenti
- ou
- En pdf par mail à tech.ass@charentes.msa.fr
- **En dernier recours** : Sous format papier à l'adresse suivante
(délai plus important) :
Service Action Sanitaire et Sociale
MSA des Charentes
1, Boulevard Vladimir
CS 60000
17106 Saintes Cedex

Annexe

Nous traiterons et utiliserons seulement les données nécessaires à l'instruction et la gestion de la présente demande.

Ces données sont destinées aux services internes de la MSA des Charentes.

Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée de cinq ans à compter de la dernière action sur cette prestation afin de répondre à nos obligations de vérification comptable.

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant en adressant directement une demande au **Délégué** à la Protection des Données- MSA DES CHARENTES - 1 Bd de Vladimir-17106 SAINTES Cedex. Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).*