MINISTÈRE
DES ARMÉES
ET DES ANCIENS
COMBATTANTS
Liberté
Égalité
Fraternité

Secrétariat général pour l'administration
Direction des ressources humaines du ministère de la défense
Service de l'action sociale des armées

Circulaire n° 355/ARM/SGA/DRH-MD/SCN ASA
du 06 juillet 2026

DEMANDE DE PRESTATION COMPENSATION ABSENCE CONTINUE

1. RENSEIGNEMENT RELATIF AU RESSORTISSANT

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département (1) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone professionnel : ..... Téléphone personnel : .....

Adresse électronique : .....

Situation familiale (2) :

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire
☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Autorité d'emploi (2) :

☐ Air et Espace ☐ DGA ☐ EMA ☐ Gendarmerie ☐ Marine
☐ Service rattaché au ministre ☐ SGA ☐ Terre
☐ Établissement public ou organisme sous convention (3) : .....

Catégorie hiérarchique (2) :

- Civil : ☐ Catégorie A ☐ Catégorie B ☐ Catégorie C ☐ Contractuel ☐ Ouvrier de l'État ☐ Autre
- Militaire : ☐ Officier ☐ Sous-officier ☐ Militaire du rang
  Précision militaire : ☐ De carrière ☐ Sous contrat
  Réserviste : ☐ Oui ☐ Non

Position statutaire (4) :.....

2. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

En cas de rupture de la vie commune [5] :

☐ Je déclare sur l'honneur que suite à la rupture de la vie commune avec mon conjoint, mon partenaire, ou mon concubin, je bénéficie de la garde exclusive ou alternée de mon enfant pour lequel je demande le bénéfice de la présente prestation.

En cas de contrainte opérationnelle :
(Une part supplémentaire dans le calcul du quotient familial est accordée au personnel subissant les contraintes opérationnelles les plus fortes sur production de l'attestation employeur).

Êtes-vous impacté par une contrainte opérationnelle forte [2] ☐ Oui ☐ Non

En cochant oui, je suis conscient que ma demande sera traitée en priorité et qu'une pièce justificative pourrait m'être demandée ultérieurement.

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU BENEFICIAIRE (si différent du ressortissant) [6]

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département [1] : .....

Atteint(e) d'un taux incapacité d'au moins 50p.100[2] ..... ☐ Oui ☐ Non
Adresse électronique : .....

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE

Motif de l'absence [2] :
☐ Mission
☐ Hospitalisation
☐ Formation professionnelle

Date de départ et de retour :
Du ..... inclus au ..... inclus

Durée de l'absence :
Nombre de jours : .....

Nature des justificatifs :

Numéro de facture ou référence du justificatif	Nature du justificatif (indiquer le n° de service à la personne)

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus d'attribution de ma demande de prestation de compensation d'absence continue me soit adressée [2] :

☐ Par voie postale ou ☐ Par courriel à l'adresse électronique susmentionnée.

5. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale du ministère des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.

La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.
Le directeur des affaires juridiques assure la fonction de délégué à la protection des données pour le ministère des armées (daj.delegue.fct@intradef.gouv.fr).

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.

En cas de demande d'accès à vos données traitées par le système d'information de l'action sociale (SIAS) et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser**,** par courrier postal, à l'assistant de service social dont vous dépendez qui transmettra votre demande au service de l'action sociale des armées pour décision.
Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne pourra vous être délivrée.
Si vous estimez, que vos droits en matière de protection des données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL par voie électronique (https://wwwcnil.fr/fr/plaintes) ou par courrier postal.

6. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), ...

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies et m'engage, si l'aide est accordée, à l'utiliser dans les conditions fixées en accord avec l'assistant de service social ;
- Reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations ;
- Sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée(2) :
☐ Au ressortissant ou au bénéficiaire
sur le compte bancaire suivant (joindre un RIB ou RIP) :

[_____] [_____]
IBAN BIC
Nom et adresse de la banque : .....
.....

☐ Au prestataire
sur le compte bancaire suivant (joindre un RIB ou RIP) :

[_____] [_____]
IBAN BIC
Nom et adresse de la banque : .....
.....

Fait à ....., le .....
Signature

(1) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.
(2) Cocher la case utile.
(3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.
(4) Activité ou non activité ou congé ou officier général de 2ème section. Si non-activité ou congé, préciser.
(5) Divorce, séparation, dissolution du PACS, en cas de garde alternée.
(6) Conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, ou enfant, ou personne à charge fiscale.