

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide familiale petite enfance :

**Date limite de dépôt de votre demande : 31/12/2024**

**1 Demandeur**

Madame  Monsieur  Nom de naissance : .....

Nom d'époux ou d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : .....

**2 Enfant(s) ayant-droit : de 3 mois à 3 ans (et 7 ans en cas de situation de handicap)**

Nom (de naissance) : .....	Prénom : .....
Date de naissance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nom (de naissance) : .....	Prénom : .....
Date de naissance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nom (de naissance) : .....	Prénom : .....
Date de naissance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

### **3 Documents à fournir**

- **Dernier avis d'imposition : avis 2023 sur les revenus 2022** (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- **Relevé d'identité bancaire (à fournir systématiquement pour éviter tout rejet bancaire)**
- **Facture(s) de garde d'enfant / ou bulletin(s) de paie assistante maternelle à partir de 01/2024**
- **Pour une aide attribuée à partir du 01 juin 2023 :**
  - Copie du ou des **certificat(s) d'enregistrement mensuel(s) CESU** indiquant le complément de libre Choix du Mode de Garde (CMG) versé par la CAF
  - OU**
  - **Facture(s) mensuelle(s) du prestataire**
- Si concerné : justificatif de la MDPH pour les enfants en situation de handicap au-delà de 3 ans
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

**Tout dossier incomplet vous sera retourné**

**Pour plus d'informations sur cette prestation, cliquez [ICI](#)**

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../20.....

Signature du demandeur :

### **4 Cadre réservé à la CMCAS**

Coefficient social : .....

% de participation (de 38% à 100%) : ..... %

Du     2024 au     2024

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.

DSASS-DENF-18223-V4.6-Imprimé aide familiale petite enfance

### **FORMULAIRE A RETOURNER A :**

**CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX**

**☎ 09 69 36 89 72**

**mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org**