

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