L'ALLOCATION DIFFÉRENTIELLE...

PETITE ENFANCE

DEMANDE D'AIDE MUNICIPALE AUX FRAIS D'ACCUEIL D'UN JEUNE ENFANT CONFIÉ À UNE ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) INDÉPENDANT(E) RÉSIDANT À CHEVILLY-LARUE

PARENTS DEMANDEURS

	REPRÉSENTANT LÉGAL 1	REPRÉSENTANT LÉGAL 2
NOM & PRÉNOM		
ADRESSE		
DATE DE NAISSANCE		
PROFESSION		
LIEU DE TRAVAIL		
N° DE TÉLÉPHONE DOMICILE		
N° DE TÉLÉPHONE PORTABLE		
N° DE TÉLÉPHONE TRAVAIL		
ADRESSE EMAIL		
RESSOURCES MENSUELLES (SITE CAFPRO)		
NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE		
N° D'ALLOCATAIRE CAF		
MONTANT DU COMPLÉMENT DU LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE - (CMG)		

ENFANT(S) CONCERNÉ(S) PAR LA DEMANDE *(- de 4 ans, non scolarisés)*

NOM & PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	DATE DU CONTRAT	HORAIRES D'ACCUEIL

RELAIS PETITE ENFANCE

Accueil : 12 rue de Bretagne
Correspondance : 88 avenue du Général de Gaulle - 94669 Chevilly-Larue cedex
Tél. : 01 79 61 63 20

CHEVILLY LARUE

ASSISTANT(ES) MATERNEL(LES) DE L'ENFANT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

	1ère ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)	2e ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)	3e ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)
NOM & PRÉNOM			
ADRESSE			
Nos DE TÉLÉPHONE			
DATE D'AGRÉMENT			
DATE D'EMBAUCHE			
SALAIRES NETS VERSÉS (hors indemnités)			
INDEMNITÉS VERSÉES (entretien, repas, frais kilométriques)			

FRÈRES & SŒURS

NOMS & PRÉNOMS	DATE DE NAISSANCE	MODE D'ACCUEIL ET/OU ÉCOLE

JUSTIFICATIFS FOURNIS *(cadre réservé à l'administration)*

1. NUMÉRO D'ALLOCATAIRE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES *(CAF)*	
2. COPIE DU LIVRET DE FAMILLE OU ACTE DE NAISSANCE	
3. COPIE D'UN JUSTIFICATIF DE DOMICILE DE MOINS D'UN MOIS	
4. RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE *(RIB)*	
5. COPIE DE L'AGRÉMENT DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)	
6. COPIE DU CONTRAT DE TRAVAIL	

DATE DE LA DEMANDE

SIGNATURE(S)