



**Prêt à l'Amélioration du Lieu d'Accueil
pour les Assistant(e)s Maternel(le)s (P.A.L.A)**

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE

La réglementation relative au Prêt à l'Amélioration du Lieu d'Accueil pour les Assistant(e)s Maternel(le)s demande aux Caisses d'Allocations Familiales de se prononcer sur l'attribution du prêt à partir de deux critères cumulatifs : la nature des travaux envisagés et la situation de l'assistant(e) maternel(le) au regard de son agrément.

Les informations demandées ci-dessous sont destinées à permettre à la CAF de l'Aube de se prononcer sur la recevabilité de votre demande.

IDENTITE DU DEMANDEUR	N° alloc : _ _ _ _
NOM : Nom d'épouse (s'il y a lieu):	
Prénoms: Date de naissance : / /	
Adresse :	
..... Tél :	
Agrément délivré le / / par le Conseil Départemental de	
si non avez vous déposé une demande d'agrément ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

NATURE DES TRAVAUX ENVISAGES
Merci d'indiquer les objectifs motivant la réalisation des travaux
<input checked="" type="checkbox"/> Amélioration de la qualité en direction des enfants accueillis (précisez de quelle manière seront améliorés) :
⇒ l'accueil :
.....
.....
.....
.....
⇒ la santé :
.....
.....
.....
.....
⇒ la sécurité :
.....
.....
.....
.....



⊗ Incidence sur l'agrément :

⇒ **Obtention :**.....
.....
.....
.....
.....
.....

⇒ **Renouvellement :**.....
.....
.....
.....
.....
.....

⇒ **Extension :**.....
.....
.....
.....
.....
.....

ATTENTION :

Chacune des rubriques doit être impérativement complétée

*Vous pouvez ajouter une feuille libre.
(n'oubliez pas de rappeler votre nom & prénom)*

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M(me)
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Date :/...../.....

Signature :