

AIDE A LA GARDE D'ENFANT EN HORAIRES ATYPIQUES

MOIS DE

10-104 /maj 08-2018

Ce document est à compléter par la famille et le prestataire de service et à adresser à la :
Caisse d'Allocations Familiales - 109 boulevard Louis Blanc – 85932 La Roche sur Yon Cedex 9

N° Allocataire :

1 – IDENTITE DE LA FAMILLE

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Situation familiale : depuis le :
Téléphone : Mail :

2 – IDENTITE DES ENFANTS GARDES

Nom	Prénom	Date de naissance
.....
.....
.....
.....

3 – IDENTITE DU PRESTATAIRE

Nom :
Adresse :
N° SIRET : agréé pour la garde 0/3 ans
 habilité pour la garde 3/6 ans
Personne chargée du suivi du dossier :
Nom – Prénom :
N° téléphone :
E-mail :



000000102210000000

4 – REPARTITION DES HEURES DE GARDE

Tableau à compléter par le prestataire (heures en centième)

<i>Structure</i>			<i>Nbre total d'heures structures</i>	<i>Nbre total d'heures Assistante Maternelle (1)</i>	<i>Nbre total d'heures Micro-Crèche</i>	<i>Nbre total d'heures</i>
<i>Répartition des heures</i>	<i>Horaires atypiques</i>	<i>Horaires normaux</i>				
- avant 7 h 30						
- de 7 h 30 à 19 h 00						
- après 19 h 00						
- samedi, dimanche et jour férié						
Total nombre d'heures						

(1) Heures déclarées à PAJEMPLOI

5 – MOTIF JUSTIFIANT LA GARDE EN HORAIRE ATYPIQUE

Mandaté par la famille pour effectuer les déclarations mensuelles.

A _____ le _____

Signature de l'allocataire

Cachet et signature de la structure

A savoir :

S'agissant d'une aide extra-légale, celle-ci est accordée dans la limite des crédits disponibles