

**DEMANDE DE PRIME D'INSTALLATION  
POUR UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) NOUVELLEMENT AGREE(E)**

Allocataire Caf :  OUI N° d'allocataire : .....  
 NON

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

Prénoms : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone Fixe : ..... Téléphone portable : .....

Agrément délivré le : ...../...../..... par le conseil Départemental de : .....

**Déclaration sur l'honneur**

Je soussigné(e) M(me) .....

- Déclare solliciter l'attribution de la prime d'installation et m'engager sur l'honneur à respecter les engagements figurant dans la charte d'engagements réciproques dont j'ai pris connaissance.
- Certifie être agréé(e) pour la première fois
- Atteste sur l'honneur ne pas avoir déjà perçu de prime d'installation d'un autre département
- M'engage à prévenir la CAF des Alpes-Maritimes en cas de cessation d'activité
- M'engage à figurer sur le site monenfant.fr
- Déclare exercer mon activité :

A DOMICILE

EN MAISON D'ASSISTAN(E)S MATERNEL(LE)S - MAM

EN MICRO CRECHE

AU SEIN D'UN SERVICE D'ACCUEIL FAMILIAL

Fait à .....

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

Signature :

**Rappel des pièces à fournir**

- imprimé de demande complété et signé
- photocopie de la notification d'agrément
- photocopie de l'attestation de formation ou de dispense de formation
- les photocopies des deux premiers bulletins de salaire (PAJE EMPLOI ou autres ....)
- charte d'engagement signée et complétée
- pour les **non-allocataires** :
  - copie (recto/verso) d'une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour)
  - BIC/IBAN – RIB
- Projet de fonctionnement pour les assistant(e)s maternel(le)s exerçant en Maison d'Assistant(e)s Maternel(le)s



\*0000000114600000000\*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés.

Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.

Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à l'adresse suivante :

***Caisse d'Allocations familiales des Alpes-Maritimes  
Pôle des Aides Financières Individuelles  
06175 Nice Cedex 2***



*Toute demande incomplète sera retournée au demandeur*



\*0000000114600000000\*