



# AIDE A L'INVESTISSEMENT EN FAVEUR DE L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Madame la Présidente, Monsieur le Président,  
Madame le Maire, Monsieur le Maire,  
Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,  
Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, dans le cadre de sa politique d'action sociale et dans la limite de ses moyens budgétaires, la Caf de la Charente-Maritime peut vous accorder une aide financière qui vise à développer et garantir la qualité de l'offre de services au bénéfice des familles du territoire.

Vous souhaitez déposer une demande liée à un investissement pour développer l'accueil du jeune enfant ? Sans attendre, nous vous invitons à compléter le questionnaire ci-dessous et à l'envoyer d'ici au 19 janvier 2024

Vous recevrez une notification de décision dans un délai d'un mois suivant la date de la commission. Celle-ci statuera au cours du premier semestre 2024 sur les projets déposés.

Vous gérez plusieurs équipements et services ? Vous engagez des travaux sur plusieurs d'entre eux ? C'est tout à fait possible ! Pour ce faire, il vous suffit de compléter un questionnaire par demande de financement.

Lors de l'envoi de ce formulaire, vous pourrez ensuite l'imprimer au format pdf.

**Consultez la notice Utilisateur disponible sur [caf.fr](http://caf.fr)**

Cordialement.

La Caf de la Charente-Maritime

Données relatives à l'équipement bénéficiaire

1

Quel type d'équipement est concerné par la demande \*

- crèche collective
- halte-garderie
- crèche et mutli-accueil familial
- crèche et mutli-accueil parental
- micro crèche
- relais petite enfance
- maison d'assistants maternels

2

Quel est le type de travaux prévus ? \*

- "Création" (nouvelle structure, nouveau service)
- "Aménagement" (extension sans changement de lieu d'implantation)
- "Transplantation" (changement de lieu d'implantation)

3

Nom de l'équipement \*

4

Représentant légal de l'équipement (Nom, Prénom, Titre) \*

5

Adresse de l'équipement concerné par l'opération : \*

6

Commune de l'équipement \*

7

Code postal de la commune \*

8

Statut du gestionnaire de l'équipement : \*

- Commune
- Etablissement public de coopération intercommunale
- Centre communal / intercommunal d'action sociale
- Etablissement hospitalier
- Association
- Entreprise privée du secteur marchand
- Mutuelles et autres organismes privés
- Autre

Vous déclarez que l'association souscrit au contrat d'engagement Républicain, annexé au décret pris pour l'application de l'article 10-1 de la loi n°2000-312 du 12 avril relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, modifié par l'article 12 de la loi n°2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République : \*

- oui, j'atteste que l'association souscrit au Cer

Quel est le mode de financement mobilisé ? \*



- Convention prestation de service unique (Psu) (financement versé au gestionnaire)
- Complément mode de garde -Prestation accueil du jeune enfant (prestation versée à directement à la famille)
- Convention prestation de service relais petite enfance

L'équipement est-il financé par un bonus territoire CTG ? \*

oui

non

## Le promoteur du projet

12

Le promoteur du projet est-il différent du gestionnaire de l'équipement ? \*

Oui

Non

13

Nom du promoteur : \*



Représentant légal (Nom,  
Prénom, Titre) \*





Statut du promoteur : \*



- Commune
- Etablissement public de coopération intercommunale
- Centre communal / intercommunal d'action sociale
- Etablissement hospitalier
- Association
- Entreprise privée du secteur marchand
- Mutuelles et autres organismes privés
- Autre

Vous déclarez que l'association souscrit au contrat d'engagement Républicain, annexé au décret pris pour l'application de l'article 10-1 de la loi n°2000-312 du 12 avril relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, modifié par l'article 12 de la loi n°2021-1109 du 24 août 2021 confortant le respect des principes de la République :

\*

- oui, j'atteste que l'association souscrit au Cer

17

Personne référente de la demande à contacter en cas de besoin (Nom, Prénom) \*

18

Coordonnées téléphoniques de la personne référente de la demande \*

19

Courriel de la personne référente de la demande : \*

## Votre projet

20

Le projet est-il situé en zone de quartier politique de la ville ou en zone de revitalisation rurale ? \*

oui

non

21

Le projet est-il implanté sur un territoire dont le taux de couverture en places d'accueil est inférieur à 58% ? \*

Oui

Non

Ne sait pas

22

Ce projet est-il intégré dans la création d'un pôle petite enfance combinant plusieurs services aux familles ? \*

- oui
- non

23

Si votre projet porte sur la création d'un pôle petite enfance, indiquez la **clé de répartition** retenue pour ce projet pour chaque service (en m<sup>2</sup> ou temps d'utilisation) \*



24

Ma demande concerne des travaux pour : \*

- une structure d'accueil du jeune enfant
- un relais petite enfance

25

Actuellement, l'équipement bénéficie d'une autorisation de fonctionnement pour combien de places ? \*

La valeur doit être un nombre

26

Le projet prévoit-il la création d'au moins 10% de places nouvelles ? \*

- Oui
- Non

27

Nombre de places nouvelles créées ? \*

La valeur doit être un nombre

28

Des places sont-elles réservées pour le personnel d'une ou plusieurs entreprises ? \*

oui

non

29

Si des places sont réservées par des entreprises, indiquer le nombre : \*

La valeur doit être un nombre

30

Actuellement, le relais petite enfance dispose d'un agrément pour combien d'équivalent temps plein ? \*

31

Le projet prévoit-il un développement du nombre d'équivalent temps plein \*

Oui

Non

32

Précisez le nombre d'ETP nouveaux créés \*

La valeur doit être un nombre

33

Quelle est la nature des travaux et/ou amélioration du service rendu aux familles ? \*

fournitures des couches et/ou des repas

meilleure optimisation de l'équipement

amélioration de la sécurité et/ou des conditions d'accueil

informatisation

label développement durable

Autre

34

Quelle est la date prévisionnelle de fin de travaux ? \*

35

Quelle est la date prévisionnelle d'ouverture aux familles ? \*

36

Le projet est-il en fonctionnement intercommunal ? \*

oui

non



## Description de votre programme d'investissement (petite enfance)



En sollicitant la Caf, à travers cette demande d'aide à l'investissement, vous vous engagez à transmettre simultanément un devis correspondant strictement à la demande de financement via la Boite fonctionnelle habituelle : [aidespartenaires@caf17.caf.fr](mailto:aidespartenaires@caf17.caf.fr)

37

Le projet prévoit-il : \*

- Un investissement au titre du gros œuvre supérieur à 30% des dépenses subventionnables
- Une certification ou labellisation dite "développement durable"

38

Merci de préciser à quelle(s) dépense(s) l'aide financière Caf est précisément destinée : \*

Votre budget prévisionnel pour ce projet :



Les montants sont exprimés en HT pour les collectivités et TTC pour les autres demandeurs.

Consulter la notice utilisateur / ventilation des dépenses

Saisir 0 pour les charges non concernées par le projet

39

Foncier \*

La valeur doit être un nombre

40

Gros oeuvre \*

La valeur doit être un nombre

41

Aménagement intérieur \*

La valeur doit être un nombre

42

Equipement simple ou particulier \*

La valeur doit être un nombre

43

Horaires et frais administratifs : \*

La valeur doit être un nombre

44

Autres travaux : \*

La valeur doit être un nombre

45

Merci de préciser la nature des "autres travaux"

46

Vos commentaires éventuels sur ces dépenses :

47

Total des charges prévisionnelles hors taxes : \*

La valeur doit être un nombre

48

Total TVA : \*

La valeur doit être un nombre

49

Total des charges prévisionnelles TTC : \*

La valeur doit être un nombre

50

Subvention sollicitée à la Caf : \*

La valeur doit être un nombre

51

Apport du promoteur : \*

La valeur doit être un nombre

52

Subvention commune : \*

La valeur doit être un nombre

53

Subvention Etablissement Public de Coopération Intercommunale : \*

La valeur doit être un nombre

54

Subvention du Conseil Départemental : \*

La valeur doit être un nombre

55

Subvention du Conseil Régional : \*

La valeur doit être un nombre

56

Subvention Etat : \*

La valeur doit être un nombre

57

Subvention entreprise ou organismes publics \*

La valeur doit être un nombre

58

Subvention entreprise privée \*

La valeur doit être un nombre

59

Autres subventions \*

La valeur doit être un nombre

60

Préciser l'origine des "autres subventions" \*

61

Montant total des recettes prévisionnelles  
Budget prévisionnel à présenter à l'équilibre entre les dépenses et les  
recettes

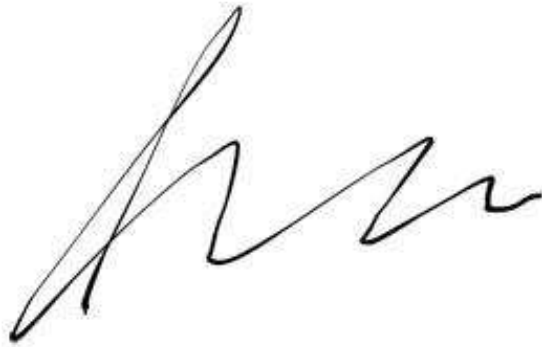
La valeur doit être un nombre

62

Vos commentaires éventuels à propos des recettes :



Attestation - signature

A handwritten signature in black ink, consisting of a large initial 'A' followed by several loops and a final flourish.

63

En qualité de représentant légal, je déclare exactes les informations renseignées dans le présent questionnaire Envoi valant signature. \*

Oui , je déclare exactes les informations contenues dans ce questionnaire.

64

En qualité de représentant légal, je m'engage à transmettre un devis correspondant strictement à la demande de financement via le Boite fonctionnelle habituelle : [aidespartenaires@caf17.caf.fr](mailto:aidespartenaires@caf17.caf.fr) : \*

Oui, je m'engage à transmettre un devis correspondant strictement à la demande de financement

---

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.