



CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA VENDEE

109 Boulevard Louis Blanc - 85932 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9
Tél. 3230 (prix d'un appel local)

PAJE - Complément mode garde – Garde à domicile

Numéro d'allocataire :

Pour nous permettre de calculer votre droit au complément de libre choix du mode de garde (Cmg), vous devez nous renvoyer ce document complété et signé.

Restant à votre disposition,

Votre Caisse d'Allocations Familiales.

Attestation à compléter par vous-même

➤ Attention, si vous changez de mode de garde, pensez à prévenir votre Caf.

Lorsque les parents justifient d'horaires spécifiques de travail, le montant du Cmg peut être majoré. Merci d'indiquer le nombre d'heures de garde spécifiques.

Je déclare pour le mois de : _____ |_|_| heures spécifiques

Si vous avez cessé d'avoir recours à une association ou une entreprise habilitée, précisez depuis quelle date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

A _____ Signature :

Le _____

**Si vous avez eu recours à une association ou une entreprise habilitée pour le mois de _____
Faites compléter l'attestation ci-dessous.**

Attestation à compléter par la structure

Mandaté par la famille pour effectuer les déclarations mensuelles.

L'association ou l'entreprise habilitée : _____

atteste que pour le mois de _____ la personne désignée ci-dessus a fait appel à nos services à domicile pour |_|_|_| heures de garde, heures spécifiques comprises.

Le montant facturé est de |_|_|_|_|, |_|_| Euros

A _____ Signature - Cachet:

Le _____