

DEMANDE DE PRIME A L'INSTALLATION ASSISTANT(ES) MATERNEL(LES)

Allocataire Caf : OUI N° d'allocataire :
 NON

Nom : Nom d'épouse :

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

Adresse :
.....
.....

Téléphone :

1er Agrément délivré le :/...../..... par le Conseil départemental de l'Essonne

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) M(me)

Déclare solliciter l'attribution de la prime d'installation et m'engage sur l'honneur à respecter les engagements figurant dans la charte d'engagements réciproques dont j'ai pris connaissance.

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

Signature

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 de l'Essonne

TSA 21 131

91013 EVRY Cedex

