

Document à remettre à votre **CMCAS** ou **SLVie**  
ou à envoyer par **mail**

## Action sociale

Aide familiale petite enfance

Soumise à conditions de ressources

*Préservez la planète ; téléchargez, remplissez et transmettez ce formulaire par mail à votre CMCAS avec les pièces justificatives*

**Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide familiale petite enfance**

### 1 Demandeur

Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

NIA :

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : .....@.....

Adresse : .....

Code postal :

Commune : .....

### 2 Enfant(s) ayant-droit

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance

### **3 Documents à fournir**

- Dernier avis d'imposition (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- Relevé d'identité bancaire
- Factures de garde d'enfant
- Justificatif de la MDPH pour les enfants en situation de handicap au-delà de 3 ans
- Copie du contrat de travail pour les agents en CDD (quel que soit le contrat)

A noter: mon dossier et mes factures devront être déposés à ma CMCAS avant le 31/12/2023 et je serai informé(e) par courrier de l'accord ou du refus de prise en charge.

Plus d'informations sur cette prestation [ICI](#)

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Signature du demandeur :

### **4 Cadre réservé à la CMCAS**

Coefficient social .....

% de participation .....

Du       au

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS..

Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.