

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

**Date limite de dépôt de votre demande : 31/12/2025**

**1 Demandeur**

Madame     Monsieur     Nom de naissance : .....

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

Prénom : .....

NIA :

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

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

Adresse : .....

Code postal :     Commune : .....

**Votre conjoint(e) ayant-droit :**

Nom : .....

Prénom : .....

**Votre conjoint(e) exerce dans une IEG :**    Oui     Non

Si oui, préciser le NIA :

**2 Enfant(s) ayant-droit : de 3 mois à 3 ans (et 7 ans en cas de situation de handicap)**

Nom (de naissance) : .....

Prénom : .....

Date de naissance

Nom (de naissance) : .....

Prénom : .....

Date de naissance

Nom (de naissance) : .....

Prénom : .....

Date de naissance

### 3 Documents à fournir

- Dernier avis d'imposition : **avis 2024 sur les revenus 2023** (des deux conjoints en cas de vie maritale)
- **Relevé d'identité bancaire** (à fournir systématiquement pour éviter tout rejet bancaire)
- **Facture(s) mensuelle(s)** de garde d'enfant

**OU**

- **Bulletin(s) de paie** assistante maternelle agréée à partir de 01/2025
- **Justificatif de la CAF** indiquant mensuellement le complément de libre Choix du Mode de Garde (CMG)
- Si concerné : 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)

**Attention, le calcul de votre coefficient social pour les aides de l'action sociale est différent du calcul de votre participation aux séjours de vacances.**

Pour plus d'informations sur cette prestation, cliquez [ICI](#)

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

Fait à : ..... Le ...../...../20.....

Signature du demandeur :

### 4 Cadre réservé à la CMCAS

Coefficient social : .....

% de participation : ..... %

Du     2025 au     2025

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.

DSASS-DENF-18223-V5.0-Imprimé aide familiale petite enfance

**FORMULAIRE A RETOURNER A :**

**CCAS TERRITOIRE BRETAGNE Service A.S.S. 8 Rue du Bignon - CS 66913 - 35069 RENNES CEDEX**  
**☎ 09 69 36 89 72 mail : ccas-bzh.ass@asmeg.org**