



CMCAS
Littoral Côte d'Opale
CS 90931
62204 BOULOGNE
SUR MER cedex

Imprimé Aide Familiale Petite Enfance

NOM : Prénom :

Date de naissance : SLV :

N.I.A. :

Adresse :

Code Postal : Ville : N° Tél. :

Vous êtes CELIBATAIRE Vous êtes MARIE (E) Vous êtes DIVORCE (E)

Vous êtes SEPARE (E) Vous êtes VEUF (VE) Vous êtes partenaire d'un PACS

2) ENFANT AYANT DROIT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de :

l'aide annuelle familiale petite enfance (montant calculé selon le coefficient social de mon dernier avis d'imposition)

3/ DOCUMENTS A FOURNIR

- Avis d'imposition N-1
- Factures **acquittées** de garde d'enfant
- Justificatif de la MDPH pour les enfants en situation de handicap au-delà de 3 ans
- **RIB obligatoirement**

4/ CADRE RESERVE A LA CMCAS

COEFFICIENT SOCIAL : **DOSSIER :**

% de PARTICIPATION (de 38% à 100%) : **FAIT LE :**

A COMPTER DU : **PAR :**

JUSQU'AU :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. 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.