DEMANDE D'UNE AIDE INDIVIDUELLE POUR LA GARDE D'ENFANTS EN HORAIRES DÉCALÉS *

Avril 2026

Formulaire à remplir à l'encre noire, à renvoyer signé ***avec toutes les pièces justificatives*** *au plus tard le* ***30/06/2026*** *à l'adresse :* ***CAF des Landes - 207 rue Fontainebleau - 40 023 Mont de Marsan cedex***

FAMILLE

N° allocataire :

Nom et prénom :

Adresse :

▸ SITUATION PROFESSIONNELLE pour la période du 01/04/2026 au 30/04/2026

Allocataire

☐ **Activité salariée (1)**

Nom de ou des employeur(s) :

☐ **Activité indépendante (2)**

Numéro URSAFF :

☐ **Formation / Etudes (3)**

Nom de l'organisme :

Conjoint(e)

☐ **Activité salariée (1)**

Nom de ou des employeur(s) :

☐ **Activité indépendante (2)**

Numéro URSAFF :

☐ **Formation / Etudes (3)**

Nom de l'organisme :

▸ DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie avoir eu recours pour des raisons professionnelles ou de formation à un mode de garde en horaires décalés* en **Avril 2026 pour mon ou mes enfant(s) de moins de 11 ans.**

Enfant	Nom	Prénom	Date de naissance
1er enfant			
2ème enfant			
3ème enfant			
4ème enfant			

Mode de garde suivant : (*cochez la ou les cases correspondantes*)

☐ assistant(e) maternel(le) agréé(e)
☐ employé(e) à domicile via un prestataire de services agréé pour la garde d'enfants
☐ micro-crèche ou crèche familiale ayant opté pour le CMG structure
☐ employé(e) à domicile embauché(e) en direct

DPEL

Remplir **toutes les cases** du tableau suivant pour **le mois d'Avril 2026**

Nombre d'heures en horaires décalés	Coût horaire de la garde en horaire décalé	Nombre d'heures totales de garde	Coût total de la garde	Montant du CMG sur le mois	Montant des autres aides mensuelles perçues (précisez*)	Montant du reste à charge mensuel après déduction de toutes les aides

**CSE, employeur, ...*

DATE et SIGNATURE DE L'ALLOCATAIRE ***DATE et SIGNATURE DU CONJOINT***

DECLARATION SUR L'HONNEUR DE LA PERSONNE AYANT EFFECTUE LA GARDE

Je soussigné(e) *(nom ou raison sociale)* : .....

en qualité de *(cochez la bonne case)* :

- ☐ assistant(e) maternel(le)
- ☐ employé(e) à domicile,
- ☐ entreprise/association prestataire de services
- ☐ micro-crèche ou crèche familiale

confirme les informations mentionnées ci-dessus *(identité des enfants, nombre d'heures de garde en horaires décalés*, coût total de la garde)* **pour le mois d'Avril 2026 (4)**

DATE, CACHET et/ou SIGNATURE DE LA STRUCTURE OU DE LA PERSONNE AYANT EFFECTUE LA GARDE

Pièces justificatives à joindre en fonction de la situation

(1) Pour les salariés :
- Copie du ou des contrat(s) de travail (à envoyer à la 1ère demande et à renvoyer si changement d'employeur)
- **ET** Copie du ou des bulletin(s) de salaire du mois de la demande

(2) Pour les allocataires à leur compte :
- Attestation sur l'honneur précisant l'activité, le lieu, les jours et les horaires

(3) Pour les allocataires en formation :
- Justificatif de formation ou certificat de scolarité précisant le lieu, les jours et les horaires

(4) Pour la ou les personnes ayant effectué la garde du ou des enfants :
- La facture du prestataire ou le bulletin de salaire **et la déclaration PAJEMPLOI**

⚠ **Un formulaire incomplet et/ou des justificatifs manquants entraineront l'annulation de la demande.**

✸ ***HORAIRES DECALES : Heures effectuées avant 7h30, après 18h, le samedi, le dimanche, les jours fériés***

LES PRÉSENTS SIGNATAIRES DÉCLARENT AVOIR FAIT TOUTES LES FORMALITÉS NÉCESSAIRES POUR REMPLIR LEURS OBLIGATIONS D'EMPLOYEUR ET SONT SOUMIS À L'ARTICLE 441.6 DU CODE PENAL : « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 534 euros d'amende, le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public, une allocation, un paiement ou un avantage indu »