|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Aide à la garde d’enfant en Horaires Atypiques ………………. / 20…….  Mois de  *10-104 /maj 04-2023* | | |

**Ce document est à compléter par la famille et le prestataire de service et à adresser à la :  
Caisse d’Allocations Familiales - 109 boulevard Louis Blanc – 85932 La Roche sur Yon Cedex 9**

**N° Allocataire :**

|  |
| --- |
| **1 – Identité de la famille**  Nom : Prénom :  Adresse :    Situation familiale : depuis le :  Téléphone : Mail : |

|  |
| --- |
| **2 – Identité des enfants gardes**  **Nom Prénom Date de naissance**  ……….………………………. …………………………………….. ………………..…………………  ……….………………………. …………………………………….. ………………..…………………  ……….………………………. …………………………………….. ………………..…………………  ……….………………………. …………………………………….. ………………..………………… |

|  |
| --- |
| **3 – Identité du prestataire**  Nom :  Adresse :  N° SIRET :   ❑ agréé pour la garde 0/3 ans  ❑ habilité pour la garde 3/6 ans  Personne chargée du suivi du dossier :  Nom – Prénom :  N° téléphone :  E-mail : |

\*00000001022100000000\*

\*00000001022100000000\*

**4 – Répartition des Heures de Garde**

***Tableau à compléter par le prestataire (heures en centième)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Structure*** | | | | | ***Nbre total d’heures Assistante Maternelle (1)*** | ***Nbre total d’heures***  ***Micro-crèche*** |
| Répartition des heures | ***Horaires atypiques*** | ***Horaires  normaux*** | ***Total heures structure*** | ***Dépense structure*** |
| - avant 7 h 30 |  |  |  |  |  |  |
| - de 7 h 30 à 19 h 00 |  |  |  |  |  |  |
| - après 19 h 00 |  |  |  |  |  |  |
| - samedi, dimanche   et jour férié |  |  |  |  |  |  |
| Total nombre d’heures |  |  |  |  |  |  |

*(1) Heures déclarées à PAJEMPLOI*

|  |
| --- |
| **5 – Motif justifiant la garde en Horaire Atypique (cocher la case correspondante)**  🞎 Activité nécessitant des horaires atypiques (avant 7 h 30, après 19 h, samedi et dimanche et jour férié)  🞎 Autre motif (précisez….) : |

**Pour l’étude du droit concernant la garde des enfants de 0 à 6 ans, vous devez également nous adresser l’attestation mensuelle « Paje-Complément mode de garde à domicile », soit à l’adresse** [**partenaires.documents.caf85@caf.fr**](mailto:partenaires.documents.caf85@caf.fr)**, soit via** [**www.demarches-simplifiees.fr**](http://www.demarches-simplifiees.fr)**.**

🞎 Mandaté par la famille pour effectuer les déclarations mensuelles.

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Cachet et signature de la structure***

***Signature de l’allocataire (si structure non mandatée par la famille)***

***A savoir :*** *Les aides financières CAF sont accordées dans la limite des crédits disponibles.*