

N° Allocataire : .....

Nom- Prénom de l'allocataire : .....

Adresse de l'allocataire : .....

.....

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de calculer votre droit au complément de libre choix du mode de garde, vous devez nous renvoyer ce document complété et signé.

Restant à votre disposition.

Votre Caisse d'allocations familiales

**ATTENTION** : Si vous changez de mode de garde, pensez à prévenir votre Caf.

## ATTESTATION A COMPLETER PAR L'ALLOCATAIRE

Je déclare pour le mois de : ....., ..... heures

Si vous avez cessé d'avoir recours à une micro-crèche, précisez depuis quelle date : | | | | | | | | | |

Lorsque les parents bénéficient d'horaires spécifiques de travail, le montant du CMG peut être majoré.

Merci d'indiquer le nombre d'heures de garde spécifiques : ..... heures.

Fait à ....., le .....

Signature de l'allocataire :

## ATTESTATION A COMPLETER PAR LA MICRO CRECHE

La micro-crèche : TITI PANPAN .....

atteste que pour le mois de : ....., les enfants mentionnés ci-dessous ont bien été gardés

Nom/prénom - date de naissance des enfants gardés	Nbre d'heures de garde	Montant de la dépense	Fin de garde*
		..... €	<input type="checkbox"/>
		..... €	<input type="checkbox"/>
		..... €	<input type="checkbox"/>

\* Si l'enfant n'est plus gardé, cocher cette case.

Fait à Marseille, le .....

Signature, cachet