

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 : 0 heures.

J'autorise la transmission directe des dépenses mensuelle par signature d'un Mandat avec la structure.

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