



# CHEQUE MARMAILLE

PREMIERE DEMANDE

RENOUELEMENT

Assistante Maternelle

Nom :

Adresse :

Crèche

Nom :

Adresse :

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_

**Nom et prénom du représentant légal :**  Mme  M \_\_\_\_\_

**Date et lieu de naissance du parent :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**N° de téléphone :** portable \_\_\_\_\_ domicile \_\_\_\_\_

**Adresse de messagerie électronique :** \_\_\_\_\_

**Enfant porteur de handicap, bénéficiaire d'un projet d'accueil individualisé (PAI) :**  Non  Oui

**N° d'allocataire CAF :** \_\_\_\_\_

**Montant du Quotient Familial :** \_\_\_\_\_  
( < 800 pour 1 enfant, < 750 pour 2 enfants et plus)

**Nombre d'enfants dans le foyer:** \_\_\_\_\_

**Pièce à joindre :** attestation récente de la CAF précisant le quotient familial et les enfants à charge

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Signature du représentant légal**

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441.1 du Code Pénal).

Le Conseil Départemental vérifie l'exactitude des déclarations. Toute somme perçue suite à de fausses déclarations fera l'objet d'un titre de remboursement.

La loi 78-17 modifiée du 6/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire.

Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

**Encadré réservé aux services du Conseil Départemental (ne pas remplir)**

**Traité le :** \_\_\_\_\_

**Demande validée :**  Oui  Non **Motif :** \_\_\_\_\_

**N° PMI :** \_\_\_\_\_ **Inscrit** **Nouveau**

**A retourner :**

à votre centre de PMI de secteur

ou au Conseil Départemental - Unité Chèque Marmaille -

1, allée de la Cité Fica 97488 Saint-Denis Cedex (rue de la Source)