



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 : _____

Pièces à joindre : - **Attestation de la CAF de moins de 3 mois précisant le quotient familial et les enfants à charge**

- **Copie du livret de famille**

- **Copie du contrat de garde**

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 chequemarmaille@cg974.fr OU

NORD : catherine.arlondon@cg974.fr

EST : blandine.lenepveu@cg974.fr

OUEST : cathv.ganelan@cg974.fr

SUD : emmanuelle.sidat@cg974.fr

OU à retourner : **DIRECTION ENFANCE FAMILLE – SERVICE RESSOURCES – CELLULE CHEQUE
MARMAILLE – 2 RUE DE LA SOURCE 97400 SAINT DENIS – 0262 90 07 48**