

# DEMANDE DE PRIME D'INSTALLATION POUR UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) NOUVELLEMENT AGREE(E)

2010-106 / 06.2016

109 Bd Louis Blanc – 85932 La Roche sur Yon Cedex 9 – Tél. 0810.25.85.10 – www.caf.fr

Allocataire Caf :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° d'allocataire : .....
Nom : .....	Nom d'épouse (s'il y a lieu) : .....	
Prénoms : .....	Date de naissance : ..../..../.....	
Situation familiale : .....		depuis le : .....
Adresse : .....		
Téléphone : .....		
Exercez-vous votre profession à votre domicile ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Exercez-vous votre profession au sein d'une maison d'assistants maternels (Mam) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Agrément délivré le : ..../..../..... par le Conseil Départemental de : .....		

### *Déclaration sur l'honneur*

Je soussigné(e) M(me) .....	
déclare solliciter l'attribution de la prime d'installation et m'engager sur l'honneur à respecter les engagements figurant dans la charte d'engagements réciproques dont j'ai pris connaissance.	
Date : ..../..../.....	Signature

### *Rappel des pièces à fournir*

<ul style="list-style-type: none"> <li>→ imprimé de demande complété et signé</li> <li>→ imprimé « mon enfant.fr » complété et signé</li> <li>→ photocopie de la notification d'agrément</li> <li>→ photocopie de l'attestation de formation</li> <li>→ photocopies des deux premiers bulletins de salaire</li> <li>→ relevé d'identité bancaire</li> <li>→ un exemplaire de la charte d'engagement signée et paraphée</li> </ul>
---

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et autorise le traitement informatique des renseignements donnés, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Je prends connaissance du fait qu'ils pourront être vérifiés. Je m'engage à signaler tout changement qui les modifierait.

Ce formulaire, dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives demandées, est à retourner à l'adresse suivante :

**Caisse d'Allocations Familiales de la Vendée**  
**109 Bd Louis Blanc**  
**85932 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9**

**Toute demande incomplète ne pourra être étudiée.**



\*0000000114900000000\*