

**COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE
ATTESTATION MENSUELLE**

Identité de l'allocataire : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Pour nous permettre de calculer votre droit au Complément de libre choix du mode de garde (association ou entreprise habilitée), vous devez nous retourner ce document complété et signé.

Attestation à compléter par vous-même :

J'ai cessé d'avoir recours à une association ou une entreprise habilitée depuis le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

A _____, le _____ Signature :

J'ai eu recours à une association ou une entreprise habilitée pour le mois de |_|_| |_|_|_|_|

Attestation à compléter par l'association ou l'entreprise habilitée :

L'association ou l'entreprise _____ atteste que pour le mois de |_|_| |_|_|_|_| l' (les) enfant(s) mentionné(s) ci-dessous a (ont) bien été gardé(s) :

NOM, PRENOM, DATE DE NAISSANCE DU (DES) ENFANT(S) GARDE(S)	MODE DE GARDE	HEURES	MONTANT DE LA DEPENSE
	<input type="checkbox"/> Assistant maternel <input type="checkbox"/> Garde à domicile <input type="checkbox"/> Micro-crèche	1-Réelles _____ 2-Mensualisées _____	_____,____ €
	<input type="checkbox"/> Assistant maternel <input type="checkbox"/> Garde à domicile <input type="checkbox"/> Micro-crèche	1-Réelles _____ 2-Mensualisées _____	_____,____ €
	<input type="checkbox"/> Assistant maternel <input type="checkbox"/> Garde à domicile <input type="checkbox"/> Micro-crèche	1-Réelles _____ 2-Mensualisées _____	_____,____ €
TOTAL DE LA DEPENSE			_____,____ €

A _____, le _____
Signature-cachet :