

Direction des ressources humaines
du ministère de la Défense
Service de l'action sociale des armées

AIDE AUX ASSISTANTS MATERNELS

ATTESTATION JUSTIFIANT LA QUALITE DE BÉNÉFICIAIRE DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES DE L'ENFANT ACCUEILLI (à remplir par l'employeur de l'ASMAT)

1. L'ENFANT :

NOM : Prénom(s) :
Né(e) le : à : Département ⁽¹⁾ :

2. LE RESSORTISSANT :

NOM : NOM de naissance :
Prénom(s) :
Adresse mail (professionnelle pour les ressortissants en activité) :

Autorité d'emploi :

AIR ET ESPACE DGA EMA GENDARMERIE MARINE

SERVICE RATTACHÉ AU MINISTRE SGA TERRE

ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU ORGANISME SOUS CONVENTION :
.....

3. L'EMPLOYEUR :

Je soussigné(e) :

certifie que l'enfant ⁽²⁾

est à la charge, au sens de la législation fiscale, du foyer du ressortissant

réside au domicile du ressortissant

est orphelin du ressortissant, bénéficiaire de l'action sociale des armées au moment de son décès

est enfant de militaire faisant l'objet de protection particulière en application de l'article L. 4123-13 du code de la défense

est enfant d'un civil ou d'un militaire employé par un établissement public dont le ministère des armées assure la tutelle et qui lui est lié par une convention

Si vous n'êtes pas le ressortissant, veuillez préciser votre lien avec celui-ci (conjoint, partenaire lié par un PACS, concubin, veuf/veuve) ou avec l'enfant s'il est orphelin du ressortissant ou bénéficie de la protection particulière (représentant légal) :

Fait à, le

Signature

(1) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.

(2) Cocher la case utile.