

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

N° 01/2024
Recto

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DE L'AIDE FINANCIÈRE POUR LES ASSISTANTS
MATERNELS AGRÉÉS (ASMAT) ENGAGÉS AVEC LE MINISTÈRE DES ARMÉES**

À adresser à IGESA – Direction des prêts et des actions sociales – Bureau Actions sociales / ASMAT –
Caserne Saint-Joseph - BP 190 - 20293 BASTIA CEDEX

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR (ASMAT)

NOM : NOM de naissance :
Prénom(s) :
Né(e) le : à :
Adresse :
Code postal ou Pays : Commune :
Téléphone personnel :
Adresse électronique :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ENFANT ACCUEILLI

NOM de l'enfant :

Prénom(s) de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Modalité d'accueil : Accueil à domicile
 Accueil en maison d'assistants maternels
 Accueil à domicile et en maison d'assistants maternels

INFORMATION DU RESSORTISSANT

Statut : Civil
 Militaire
 Autre

Autorité d'emploi : Air et Espace DGA EMA Gendarmerie
 Marine Service rattaché au ministre SGA
 Terre Établissement public ou organisme sous convention

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA GARDE DE L'ENFANT

Date de début de la période de garde pour la prestation demandée:

Date de fin de la période de garde pour la prestation demandée :

DÉCLARATION DES HEURES EFFECTUÉES

Merci de renseigner une période de 6 mois consécutifs : saisir l'année, le mois de garde et, pour chaque type d'heures, cocher 'OUI' ou 'NON' en fonction du type d'heures effectuées pour ce mois.

Pour un mois sans garde, cocher 'OUI' sur la ligne 'Mois sans heure de garde'.

Année	Mois	Horaires normaux (entre 7 h et 19 h)	Horaires particuliers (du lundi au vendredi entre 5 h et 7 h et entre 19 h et 23 h)	Horaires « situations spécifiques » (du lundi au vendredi entre 23 h et 5 h, les week-end et les jours fériés)	Mois sans heure de garde
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

DÉCLARATION HORAIRES PARTICULIERS

Les informations renseignées doivent correspondre aux éléments renseignés et certifiés dans les documents en pièce jointe.

Horaires particuliers sur la période

Avez-vous effectué 24 heures ou plus en horaires particuliers sur la totalité de la période déclarée OUI NON

Merci de répondre non si vous avez effectué moins de 24 heures en « horaires particuliers » sur la période déclarée

MA DOMICILIATION BANCAIRE

Domiciliation bancaire à l'étranger, hors SEPA : Oui Non

Titulaire du compte :

IBAN :

BIC :

Veillez joindre votre relevé d'identité bancaire.

RÉCAPITULATIF

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations et des pièces justificatives fournies.

- Je reconnais que toute demande d'aide formulée postérieurement à mon engagement est calculée sur les barèmes indiqués présents dans les conditions générales de l'engagement du ministère des armées, quelle que soit la période d'accueil de l'enfant.

Fait à _____, le _____

Signature

PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE

Justificatifs obligatoires

- Copie du contrat de travail en vigueur signé du parent ou représentant légal de l'enfant et l'ASMAT sur lequel doit être indiqué le planning des durées et horaires d'accueil de l'enfant et le salaire horaire brut de base ainsi que les éventuels avenants à ce contrat de travail
- Attestation correspondant au contrat fourni justifiant de la qualité de bénéficiaire de l'action sociale des armées de l'enfant accueilli qui spécifie le lien entre l'enfant accueilli et un ressortissant du ministère des armées ou de la gendarmerie nationale, bénéficiaire de l'action sociale des armées
- Bulletins de salaire pour la période concernée par la demande

Justificatifs complémentaires en fonction de la situation

- Justificatif de la garde de l'enfant en période « horaires particuliers » et/ou « situation particulière » complété et signé par le ressortissant