

**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	NOMBRE D'HEURES	MONTANT DE LA DEPENSE
	<input type="checkbox"/> Assistant maternel <input type="checkbox"/> Garde à domicile <input type="checkbox"/> Micro-crèche	_ _ _	_ _ _ _ , _ _  €
	<input type="checkbox"/> Assistant maternel <input type="checkbox"/> Garde à domicile <input type="checkbox"/> Micro-crèche	_ _ _	_ _ _ _ , _ _  €
	<input type="checkbox"/> Assistant maternel <input type="checkbox"/> Garde à domicile <input type="checkbox"/> Micro-crèche	_ _ _	_ _ _ _ , _ _  €
<b>TOTAL DE LA DEPENSE</b>			_ _ _ _ , _ _  €

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature-cachet :