



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

**Ministère de la défense**  
Secrétariat général pour l'administration  
Direction des ressources humaines du ministère de la défense  
Sous-direction de l'action sociale

**Imprimé n° 640\*29**  
Circulaire n° 420 036  
DEF/SGA/DRH-MD  
du 7 janvier 2009

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DE LA PRESTATION  
POUR LA GARDE D'UN ENFANT PENDANT DES HORAIRES ATYPIQUES**

**PARTIE À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (EN MAJUSCULES)**

Enfant	
Nom :	<input type="text"/>
Prénom:	<input type="text"/>
Né(e) le :	<input type="text"/>
Bénéficiaire de la prestation	
Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Nom de jeune fille :	<input type="text"/>
Né(e) le :	<input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
Téléphone professionnel :	<input type="text"/>
Téléphone personnel :	<input type="text"/>
Situation <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Organisme d'emploi et adresse d'affectation : <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Catégorie professionnelle <sup>1</sup> :	
<input type="checkbox"/> Officier de carrière	<input type="checkbox"/> Officier sous contrat
<input type="checkbox"/> Sous-officier de carrière	<input type="checkbox"/> Sous-officier sous contrat
<input type="checkbox"/> Militaire du rang	<input type="checkbox"/> Civil A
<input type="checkbox"/> Civil B	<input type="checkbox"/> Civil C
<input type="checkbox"/> Ouvrier de l'Etat	<input type="checkbox"/> Contractuel
Catégorie d'ayant-droit <sup>1</sup> :	
<input type="checkbox"/> Ressortissant du ministère de la défense	<input type="checkbox"/> Personnel civil d'un établissement public
Je soussigné(e) <input type="text"/>	
certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et dans les documents joints à la présente demande	
Date et signature :	

<sup>1</sup> Cocher la case utile

## PARTIE À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATION

Le directeur de l'action sociale ou le chef de district social interarmées de :

Code DL ou DS

**CERTIFIE QUE** cet enfant a bénéficié d'une garde pendant des horaires atypiques <sup>1</sup> :

- à son domicile  au domicile d'une assistante maternelle  par une association agréée de garde d'enfant à domicile  
 en crèche collective  en crèche familiale  en accueil périscolaire  
 le week-end  les jours fériés  en semaine de 18 H 00 à 08 H 00.

Motif de la garde en horaires atypiques :

- travail en horaires atypiques  contrainte opérationnelle (OPEX, etc.)  événement grave

Nombre d'heures de garde du  au   H

Montant horaire pris en charge pour l'année  €

Revenu fiscal N-2 :  €      Nombre de parts :       Quotient familial :  €  
(brut global – déductions)

Montant de la prestation à verser à la famille  €

A payer par **virement** sur le compte bancaire du demandeur (joindre RIB, RIP ou RICE) :

/  /  /   
Code banque      Code guichet      Numéro de compte      Clé

Date de dépôt de la demande attestée par l'échelon social

N° et référence de l'envoi

Date d'envoi

Signature, nom et cachet de l'autorité habilitée