

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

À adresser à Igesa – Direction des prêts et des actions sociales – Caserne Saint Joseph BP 190 – 20293  
BASTIA CEDEX

**Demande formulée par <sup>(1)</sup>  R ressortissant**

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU RESSORTISSANT (*renseignements obligatoires*)**

Catégorie de ressortissant <sup>(2)</sup> : .....

Civilité <sup>(1)</sup> :  Mme  M

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

Code postal ou Pays : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Adresse électronique : .....

**Situation familiale <sup>(1)</sup> :**

- Personne vivant seule :  Célibataire  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)

- En couple :  Marié(e)  Pacsé(e)  En concubinage

**Autorité d'emploi <sup>(1)</sup> :**

AIR ET ESPACE  DGA  EMA  GENDARMERIE  MARINE

SERVICE RATTACHÉ AU MINISTRE  SGA  TERRE

ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU ORGANISME SOUS CONVENTION <sup>(3)</sup> : .....

**Catégorie hiérarchique <sup>(1)</sup> :**

- Civil :  Catégorie A  Catégorie B  Catégorie C  Contractuel  Ouvrier de l'État  Autre

- Militaire :  Officier  Sous-officier  Militaire du rang

Précision militaire <sup>(1)</sup> :  De carrière  Sous contrat

Réserviste <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ENFANT**

NOM : .....Prénom(s) : .....

Né(e) le : .....

Enfant handicapé <sup>(1)</sup> :  Oui  Non**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE**Motif de la garde en horaires atypiques <sup>(1)</sup>Contrainte professionnelle  Oui  NonHospitalisation  Oui  NonÉvènement grave  Oui  Non**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PÉRIODE DE GARDE**

Date de début de la période de garde :

Date de fin de la période de garde :

Montant total de la dépense :

Montant total des aides ou allocations perçues (PAJE, CESU, Autres) :

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus d'attribution de ma demande de la prestation pour la garde d'enfants pendant des horaires atypiques me soit adressée <sup>(1)</sup> : Par voie postale **ou**  Par courriel à l'adresse électronique sus mentionnée**DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL**

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre d'une application dénommée « e-social des armées » mise en œuvre par Igesa dans le but d'instruire et d'attribuer des prestations et des prêts de l'action sociale des armées au profit des ressortissants du ministère des armées et de leurs ayants-droits. Ce traitement, dont le responsable est le directeur des ressources humaines du ministère de la défense, est fondé sur l'exécution d'une mission d'intérêt public, en vertu des dispositions du décret n° 2007-51 du 11 janvier 2007 modifié relatif à l'action sociale des armées. Le directeur des affaires juridiques assure la fonction de délégué à la protection des données pour le ministère des armées ([daj.delegue.fct@intradef.gouv.fr](mailto:daj.delegue.fct@intradef.gouv.fr)).

Peuvent être destinataires de vos données et des pièces justificatives transmises, à raison de leurs attributions respectives et du besoin d'en connaître, les agents d'Igesa.

Vos données sont conservées pendant deux ans après la dernière intervention sur votre dossier. Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation du traitement vous concernant.

Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au délégué de la protection des données d'Igesa par courriel à l'adresse: [dpo@igesa.fr](mailto:dpo@igesa.fr), ou par courrier à l'adresse: Igesa, à l'attention du Délégué à la protection des données, Caserne Saint Joseph BP 190 -20293 Bastia Cedex.

Si vous estimez, que vos droits en matière de protection des données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL par voie électronique (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) ou par courrier postal.

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.**

Je soussigné(e), .....

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le « *e-social des armées* » destiné à l'usage interne de l'organisme chargé de l'instruction et du paiement des prestations.
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

Ladite aide sera versée sur le compte bancaire suivant (**Joindre un RIB ou RIP**) :

[ \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ ]

Nom et adresse de la banque si à l'étranger :

Fait à ....., le .....

Signature

(1) Cocher la ou les case(s) utile(s).

(2) Militaire de carrière ou servant en vertu d'un contrat - fonctionnaire relevant du ministère des armées - ouvrier de l'État relevant du ministère des armées - agent contractuel de droit public ou de droit privé relevant du ministère des armées - militaire servant en qualité de volontaire dans la réserve opérationnelle ou au titre de l'obligation de disponibilité - personnel civil ou militaire employé par un établissement public placé sous tutelle du ministère des armées, lorsqu'une convention est conclue entre le ministère des armées et l'établissement public – personnel civil ou militaire employé par un organisme lorsqu'une convention est conclue entre le ministère des armées et l'organisme.

(3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.

**PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE.****Pièces jointes dans tous les cas**

- Justificatif de votre qualité de ressortissant (dernier bulletin de rémunération).
- Copie du(es) livret(s) de famille qui reflète(nt) la composition de la famille.
- Justificatif d'invalidité de l'enfant (copie soit d'une attestation délivrée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou copie de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion, mention invalidité).
- Attestation employeur (ou justificatif de stage ou de formation ou attestation sur l'honneur pour le conjoint exerçant une profession libérale ou indépendante) et/ou certificat médical ou attestation d'hospitalisation et/ou justificatif d'évènement grave.
- Attestation de garde de l'enfant signée par la personne gardant les enfants et précisant les dates et horaires de garde.
- Justificatif du paiement (relevé de paiement fourni par la structure de garde, bulletin de salaire ou attestation d'emploi du chèque emploi service).
- Justificatif de la garde des enfants (en cas de rupture de la vie commune : divorce, séparation, dissolution du PACS).
- Dernier avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR) de toutes les personnes vivant au foyer. En cas de changement de situation familiale ou financière dans l'année: dernier bulletin de salaire de tous les membres du foyer, attestation pôle emploi, etc.
- Relevé d'identité bancaire ou postal du compte bancaire sur lequel la prestation sera versée.
- Justificatif handicap pour toute personne au foyer porteur d'un handicap d'au moins 80 % (ce justificatif permet le calcul du QF avec une demi-part supplémentaire).
- Copie de l'ordre de mutation en outre-mer ou à l'étranger (en cas d'affectation dans un département ou collectivité d'outre-mer ou à l'étranger)
- Copie de l'affectation en métropole (pour le demandeur ayant été affecté à l'étranger ou en outre-mer entre l'année N-2 et la date du dépôt de la demande).