

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) :

Né(e) le : à : Département ⁽¹⁾ :

Adresse :

Code postal : Commune :

Statut ⁽²⁾ : militaire civil autre (préciser :

Autorité d'emploi ⁽²⁾ :

Terre Marine Air et espace SGA EMA, directions et services DGA Gendarmerie

Etablissement public ⁽³⁾ :

Autre ⁽³⁾ :

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.
- (3) Indiquer le nom de l'établissement ou de l'organisme.