



VAL DE CHER  
CONTROIS  
Territoire de progrès

## Demande d'aide financière

### A remplir par l'assistant maternel agréé.

Mis à jour : 15.12.2025.

La Communauté de communes Val de Cher Controis accorde une aide financière destinée à l'acquisition de matériel nécessaire à l'exercice de l'activité d'assistant maternel, dans les situations suivantes : première demande d'agrément, renouvellement d'agrément ou transfert de l'activité au sein d'une Maison d'Assistants Maternels (MAM).

- Une aide forfaitaire de **200 €** est attribuée lors de l'obtention du **premier agrément**.
- Une aide forfaitaire de **200 €** est attribuée lors du **renouvellement de l'agrément**.
- Une aide forfaitaire de **200 €** est attribuée en cas de **transfert de l'activité en MAM**, non cumulable avec les 2 aides précédentes.

Nom de l'assistant maternel :

---

Adresse :

---

Code postal :

---

Commune :

---

Numéro de téléphone fixe :

---

Numéro de téléphone portable :

---

Adresse mél : 

---

#### A cocher

Lieu d'activité :

☐ Au domicile :

☐ Au sein de la Maison d'assistants maternels, Précisez le nom : 

---

Précisez l'adresse : 

---

---



VAL DE CHER  
CONTROIS  
Territoire de progrès

## Demande d'aide financière

### A remplir par l'assistant maternel agréé.

Mis à jour : 15.12.2025.

En qualité d'assistant maternel agréé, veuillez indiquer :

- Date d'obtention de l'agrément : \_\_\_\_\_  
ou
- Date anniversaire du renouvellement de l'agrément : \_\_\_\_\_  
ou
- Date de transfert de l'activité au sein d'une MAM : \_\_\_\_\_

À cocher :

☐ Je certifie avoir exercé mon activité pendant une durée minimale de **deux mois**, ou justifier de **deux mois d'activité** à compter de la date de renouvellement de mon agrément.

ou

☐ Je certifie exercer mon activité au sein d'une **Maison d'Assistants Maternels (MAM)** depuis au moins **deux mois**.

☐ Je m'engage à respecter les engagements définis dans la **Charte de qualité des MAM**, dont j'ai pris connaissance.

☐ Je m'engage à appliquer la **Charte nationale pour l'accueil du jeune enfant**.

☐ Je m'engage à exercer la profession d'assistant maternel pendant une durée minimale de **deux ans** à compter de la date de la demande d'aide financière.

☐ Je m'engage à participer aux actions proposées par les **Relais Petite Enfance communautaires**.

☐ Je certifie être référencé(e) sur le site **monenfant.fr** et renseigner régulièrement la rubrique relative aux **disponibilités d'accueil**.

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ainsi que des documents joints au présent dossier.



VAL DE CHER  
CONTROIS  
*Territoire de progrès*

## **Demande d'aide financière**

### **A remplir par l'assistant maternel agréé.**

Mis à jour : 15.12.2025.

#### **Pièces à joindre au dossier :**

- Copie de l'**agrément** en cours de validité ou du **renouvellement d'agrément** ;
- Copies des **deux premiers bulletins de salaire** établis par un employeur, ou des **deux bulletins de salaire** perçus à compter de la date anniversaire du renouvellement de l'agrément ou du transfert en MAM ;
- **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** ;
- Copie du **référencement sur le site monenfant.fr** ainsi que la copie de la rubrique relative aux **disponibilités d'accueil dûment renseignée** ;
- **En cas d'installation en MAM** : copie de la **Charte de qualité des Maisons d'Assistants Maternels**, signée avec les partenaires (Conseil départemental de Loir-et-Cher, CAF, MSA, et autres partenaires le cas échéant).

---

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'assistant maternel