



**MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DomiServe
PAR LA BANQUE POSTALE

DISPOSITIF HORATY

GARDE EN HORAIRES ATYPIQUES D'ENFANTS DE MOINS DE 13 ANS

**DISPOSITIF RÉSERVÉ AUX AGENTS AFFECTÉS EN FRANCE
MÉTROPOLITAINE.**

VOUS TRAVAILLEZ EN HORAIRES ATYPIQUES :

- Semaine : du lundi au vendredi : après 20h ou avant 7h
- Ou durant le week-end ou des jours fériés.

INSCRIPTION ANNUELLE - PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE AU FORMULAIRE ET A TRANSMETTRE AU SECRETARIAT GENERAL COMMUN DEPARTEMENTAL (SGCD) DE VOTRE DEPARTEMENT D'AFFECTATION ADMINISTRATIVE

Un conseiller Domiserve vous contactera pour traiter votre demande et finaliser votre inscription.

- Attestation d'activité en horaires atypiques remplie par la direction de l'emploi de l'agent demandeur*
- Attestation d'activité en horaires atypiques de l'employeur du conjoint*

Attention, pour que votre demande soit traitée, la déclaration sur l'honneur du formulaire de demande doit être signée par **le parent de l'enfant et son conjoint**.

* Ces éléments devront être fournis impérativement à l'inscription avec ce formulaire.

Département SGCD d'affectation administrative: ☐ ☐

Toutes les informations ci-dessous doivent être renseignées sinon la demande ne pourra être traitée.
Le formulaire devra être accompagné des pièces justificatives obligatoires à l'inscription (cf recto).

AGENT DEMANDEUR

☐ Madame☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Matricule* : Date de naissance* :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

* Informations obligatoires

Actif ☐ Administratif ☐
Statut : Titulaire ☐ Contractuel ☐ Stagiaire ☐

Périmètre :

☐ Administration centrale hors DGPN/DGGN

☐ Préfecture / Sous-Préfecture

☐ DGPN

☐ DGGN

Nombre d'enfants à charge de moins de 13 ans :

CONJOINT

☐ Madame☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse :

Employeur :

DÉCLARATION(S) SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et accepte que ces informations soient transmises au SGCD et conservées pour la durée de traitement de ma demande.
Fait à : Le :

Signature de l'agent demandeur :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et ne pas bénéficier d'une aide similaire de mon employeur. J'accepte que ces informations soient transmises au SGCD et conservées pour la durée de traitement de ma demande.
Fait à : Le :

Signature du conjoint :



MINISTÈRE
DE L'INTÉRIEUR

Liberté
Égalité
Fraternité



ATTESTATION DE TRAVAIL EN
HORAIRES ATYPIQUES

Ce document est à compléter avec votre service RH de proximité

Je soussigné (e)

Nom du représentant employeur :

Prénom :

Fonction :

Service :

Atteste que l'agent (Nom Prénom) :

Matricule de l'agent :

SGCD (Département d'affectation administrative)

Travail en horaires atypiques

- ☐ Avant 7h le matin en semaine :
- ☐ Après 20h le soir en semaine :
- ☐ Les samedis
- ☐ Les dimanches
- ☐ Les jours fériés

Fait à le

Cachet de l'employeur et signature

Cette attestation a une durée de validité de 6 mois.
Elle devra être renouvelée pour tout changement d'affectation (SGCD).