



# 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

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 :

**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*

**DomiServe**  
PAR LA BANQUE POSTALE

## 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 :

### Travaille 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.