DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

IMPOSITION DES ASSISTANT(E)S MATERNEL(LE)S AGREE(E)S

2017

Régime particulier - Joindre une copie de l'agrément

(Un état par enfant)

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) Nom et prénom **:** Adresse :	Nom et adresse des parents : Nom et prénom de l'enfant gardé :

1) Revenus

a) Salaires nets + congés payés + indemnités d'absence + CSG et CRDS non déductible (2,9%) y compris les heures complémentaires et supplémentaires:		**A1**
b) Indemnités de nourriture et d'entretien :		**A2**
TOTAL (A1 + A2)		**A3**

2) Nombre de jours de garde de l'enfant

a) Nombre de jours de garde de plus de 8 heures et de moins de 24 heures consécutives :	**jours**	**B1**
b) Garde de moins de 8 heures par jour : Total annuel des heures de garde effective / 8 heures = / 8 =	**jours**	**B2**
TOTAL (B1 + B2)	**jours**	**B3**
c) Nombre de jours de garde de 24 heures consécutives :	**jours**	**B4**

3) Calcul de la somme forfaitaire à déduire

a) Cas général :	9.76 € x 3 x ..... jours (B3)		**C1**
b) Garde de 24 H :	9.76 € x 4 x ..... jours (B4)		**C2**
c) Garde d'enfant handicapé :			
- Cas général :	9.76 € x 4 x.....jours (B3)		**C3**
- Garde de 24 H :	9.76 € x 5 x.....jours (B4)		**C4**
TOTAL (C1 + C2 ou C3 + C4)			**C5**

4) Somme à déclarer (avec d'autres états éventuels) à la rubrique "• 1 SALAIRES" lignes AJ ou BJ

€	-	€	=	€
(A3)		**(C5**		

Les indemnites maiadie et maternité éventuellement perçues dans l'année doivent être ajoutées à cette somme. Les indemnités ASSEDIC sont à déclarer à la rubrique 1.AP ou BP.