

[Prenom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 28/06/2026

Objet : Demande d'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

Madame, Monsieur,

Allocataire de votre caisse sous le numéro [numéro allocataire], je me permets de vous adresser une demande d'allocation journalière de présence parentale afin de pouvoir rester auprès de mon enfant [Prénom] [NOM], âgé(e) de [âge] ans, dont l'état de santé nécessite désormais une présence soutenue à ses côtés.

Depuis le [date], mon enfant est confronté à [une maladie / un handicap / les suites d'un accident] d'une particulière gravité, qui rend indispensables des soins contraignants et un accompagnement quotidien. Le médecin qui le suit a établi un certificat médical détaillé attestant de la nécessité de cette présence et de la durée prévisible des soins, document que je joins à la présente afin qu'il soit soumis à l'appréciation du service du contrôle médical.

Pour pouvoir assurer cet accompagnement dans de bonnes conditions, j'ai dû [cesser / réduire] mon activité professionnelle à compter du [date]. Cette interruption me prive d'une partie de mes ressources alors même que la situation de mon enfant exige une disponibilité constante. C'est la raison pour laquelle je sollicite le bénéfice de cette allocation, versée au titre des jours consacrés à mon enfant, dans la limite prévue par la réglementation.

Vous trouverez ci-joint le formulaire de demande dûment complété et signé, le certificat médical établi par le médecin qui suit mon enfant, ainsi que les justificatifs relatifs à ma situation professionnelle et à la cessation ou à la réduction de mon activité. Je me tiens à votre disposition pour vous transmettre toute pièce complémentaire que vous jugeriez utile à l'instruction de mon dossier.

Je vous remercie de bien vouloir examiner ma demande avec l'attention que justifie l'état de santé de mon enfant et de m'indiquer, le cas échéant, les éléments encore nécessaires à son traitement. Dans l'hypothèse où une décision défavorable me serait notifiée, je me réserve la possibilité de saisir la commission de recours amiable dans le délai de deux mois suivant sa réception.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature