

ATTESTATION EMPLOYEUR CONJOINT OU CONCUBIN

RAPPEL IMPORTANT : document à remettre IMPERATIVEMENT avant toute demande d'aide sur les prestations citées.



Je, soussigné(e)

Représentant
(nom et adresse de l'employeur)

Téléphone

ATTESTE

Que M., Mme,

* n'a pas droit * renonce * a droit

Au versement d'une prestation, pour son ou ses enfants cités ci-dessous :

Nom, prénom	Date de naissance
Nom, prénom	Date de naissance
Nom, prénom	Date de naissance
Nom, prénom	Date de naissance
Nom, prénom	Date de naissance

PRESTATION :		MONTANT des droits :	PÉRIODE :
Assistant.e maternel.le	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Crèche	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Halte garderie	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Séjour parascolaire (organisé par l'école)	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Accueil périscolaire	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Centre aéré ou de loisirs	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Colonie en centre de vacances	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Séjour ski	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Séjour linguistique ou éducatif (hors école)	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Location VVF, maison familiale	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Location Gites, Mobil Home, camping, hôtel	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....
Autres	<input type="checkbox"/> *	Du Au.....

* cocher la case utile

FAIT POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT

A Le
Signature et cachet,