



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

À adresser au :

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL Direction Enfance et Famille
Direction adjointe Protection Maternelle et Infantile
Service des assistants maternels - Service Comptabilité - Porte C331
1 boulevard de la Marquette - 31090 TOULOUSE cedex 9**

Joindre impérativement les pièces suivantes :

- 1 original de la demande de remboursement + 2 copies
- 1 copie du bulletin de salaire ou la facture de la structure
- 1 Relevé Coordonnées bancaires : BIC - IBAN

COORDONNÉES DES PARENTS :

NOM - Prénom :

Adresse :

CP - Ville :

Tél : Tél portable :

BIC: IBAN:
(Bank Identification Code) (International Bank Account Number)

NOM - PRÉNOM DE L'ENFANT CONFIE :

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) EN FORMATION :

NOM - Prénom :

Adresse :

N° d'agrément Tél : Tél portable :

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) REMPLACANT(E) OU AUTRE MODE DE GARDE :

NOM - Prénom :

Adresse :

N° d'agrément Tél : Tél portable :

| Remplacement | Dates |
|--|--------------------|
| | |
| Salaire net versé (sans indemnités) | |

Montant total de la demande de remboursement (hors indemnités) : euros

Arrêté à la somme de (en toutes lettres) :

Attestation : Je soussigné atteste sur l'honneur avoir employé
et lui avoir versé la somme de correspondant au salaire net (hors indemnités) de la
garde de mon enfant (ou au règlement de la facture de la structure d'accueil).

Fait à le

Signature obligatoire :

Ne rien inscrire dans ce cadre