



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

adresser au :

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL - Direction Enfance et Famille -
Direction Adjointe Protection Maternelle et Infantile -
Service Accueil du Jeune Enfant
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 des Coordonnées bancaires : BIC - IBAN

COORDONNEES DES PARENTS :

NOM – Prénom :

Adresse :

CP – Ville :

Tél : Tél portable :

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

NOM – PRENOM 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'agrémentTél : Tél portable :

<u>Remplacement</u>	<u>Dates</u>
.....
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

