



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

DIRECTION ENFANCE ET FAMILLE
SERVICE DES MODES D'ACCUEIL

À ADRESSER PAR E-MAIL À :
accueilpmi-individuelcollectif@cd31.fr

OU PAR COURRIER AU :
Conseil départemental de la Haute-Garonne
Direction Enfance et Famille - Service des Modes d'Accueil
1, boulevard de la Marquette - 31090 TOULOUSE Cedex 9

- JOINDRE IMPÉRATIVEMENT LES PIÈCES SUIVANTES :**
- 1 original de la demande de remboursement
 - Copie du bulletin de salaire ou la facture de la structure
 - Relevé Coordonnées bancaires : BIC - IBAN

COORDONNÉES DES PARENTS

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : [] Ville :
Téléphone fixe : [] Adresse mail :
BIC (Bank Identification code) : IBAN (International Bank Account Number) :

Les coordonnées des parents doivent être identiques à celles mentionnées sur le RIB : même nom, même adresse, même numéro de BIC et même numéro d'IBAN

ENFANT CONFIE

Nom : Prénom :

ASSISTANT·E MATERNEL·LE EN FORMATION

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : [] Ville :
N° d'agrément : Téléphone portable : []

ASSISTANT·E MATERNEL·LE REMPLAÇANT·E OU AUTRE MODE DE GARDE

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : [] Ville :
N° d'agrément : Téléphone portable : []

REPLACEMENT

Les dates devront être renseignées sous le format suivant : jour/mois/année (xx/xx/xxxx)

Dates :

Salaire net versé (sans indemnités) : €

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

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