

CHARENTE

LE DÉPARTEMENT

ATTESTATION POUR INDEMNITÉS DE REMPLACEMENT dans le cadre de la formation des accueillants familiaux

À _____

Le _____

Je soussignée, Madame, Monsieur, _____

ayant assisté à la session de formation (intitulé) _____

les (dates) _____, soit (nombre) _____ 1/2 journée(s)

atteste sur l'honneur que Madame, Monsieur _____

demeurant _____

m'a remplacé(e) pour cette occasion auprès de mes accueillis.

Je vous sollicite le versement de l'indemnité de remplacement pour ces _____ demi-journées
(45 €/demi-journée), soit :

_____ x 45 € = _____ €.

RIB joint

Signature accueillant(e)

Signature remplaçant(e)

*La demande est à réaliser dans les 6 mois suivants la formation.

Partie réservée :

Contrôle service fait, le

... x 45 € = ... €

SBC : 11 62878 538 10 400 1230 502