

# CHARENTE

LE DÉPARTEMENT

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

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Je soussignée, Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

avoir assisté à la session de formation (intitulé) \_\_\_\_\_

Le(s) (dates) \_\_\_\_\_, soit (nombre) \_\_\_\_\_ demi-journée(s)

### INDEMNITÉ DE REPAS

Je vous sollicite pour le versement de l'**indemnité de repas** pour \_\_\_\_\_ jour(s), (20 €/jour) soit :  
\_\_\_\_\_ x 20 € = \_\_\_\_\_ €.

### INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT

J'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 de l'accueillant familial à joindre OBLIGATOIREMENT à la demande**

Signature accueillant(e)

Signature remplaçant(e)  
(si demande indemnité de remplacement)

\*La demande est à réaliser dans les 6 mois maximum suivants la formation et **avant la fin de l'année civile en cours.**

Partie réservée secteur accueil familial :

Contrôle service fait, le

(..... x 45 €) + (..... x 20 €) = ..... €