

DEMANDE DE FACTURATION ALTERNÉE

A établir à compter du 1^{er} jour du mois de

Responsable 1 : mère/père *

*rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : Prénom :

Adresse :

N° Tél :Mail :

certifie sur l'honneur avoir la garde de mon/mes enfant(s):

NOM et prénomEcole

NOM et prénomEcole

NOM et prénomEcole

Les semaines : paires impaires

A noter : l'alternance s'établit du lundi matin au dimanche soir

Je suis allocataire CAF : n° allocataire (SI allocataire CAF

hors 17 et 16, fournir une attestation de quotient familial)

MSA : fournir une attestation de quotient familial

Fait à, le

Signature du responsable 1 :

Responsable 2 : mère/père *

*rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : Prénom :

Adresse :

N° Tél :Mail :

certifie sur l'honneur avoir la garde de mon/mes enfant(s):

NOM et prénomEcole

NOM et prénomEcole

NOM et prénomEcole

Les semaines : paires impaires

A noter : l'alternance s'établit du lundi matin au dimanche soir

Je suis allocataire CAF : n° allocataire SI allocataire CAF

hors 17 et 16, fournir une attestation de quotient familial)

MSA : fournir une attestation de quotient familial

Fait à, le

Signature du responsable 2 :