

DECOMPTE MENSUEL D'HEURES

(merci d'utiliser un formulaire par enfant)

du 16..... au 15.....20....

Mois / année

Accueillante en milieu familial	Nom					Parents placeurs	Nom				
	Prénom						Prénom				
	Localité						Localité				
Enfant	Nom				Prénom				Age		
Jours	Heures effectuées	Heures d'absence de l'enfant (maladie)	Autres heures d'absence de l'enfant	Petit-déjeuner	Dîner	Goûter	Souper	Nuit	Km (Fr. 0.70/km) Frais divers (justificatifs)		
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
Total											



Selon notre règlement AJOVAL toutes les heures inscrites dans le décompte ci-dessus seront facturées.

Décompte à faire en heures, arrondir au 1/4 d'heure. La facture sera établie sur la base de ce présent décompte et dans le respect des prestations convenues.

Date / Signature de l'AMF

Date / Signature du parent

Remarque :



DELAI DE RETOUR : le 20 du mois, les décomptes doivent être au bureau AJOVAL, dans le cas contraire, le versement sera effectué le mois suivant.