

DECOMPTE MENSUEL D'HEURES


(merci d'utiliser un formulaire par enfant)

Mois / année

Merci de me faire parvenir feuilles d'heures pour le mois prochain

Accueillant e 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	Samedi Dimanche Jours fériés	Km (Fr. 0.70/km) Frais divers (justificatifs)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
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. A retourner à l'adresse susmentionnée en "courrier A" jusqu'au 3 du mois suivant. 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 3 du mois, les décomptes doivent être au bureau AJOVAL, dans le cas contraire, le versement sera effectué le mois suivant.