



# DEMANDE DE FACTURATION ALTERNEE

A établir à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de .....

## Responsable 1 : mère/père \*

\*rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

NOM et prénom .....Ecole .....

NOM et prénom .....Ecole.....

NOM et prénom .....Ecole .....

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 : .....

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

NOM et prénom .....Ecole .....

NOM et prénom .....Ecole.....

NOM et prénom .....Ecole .....

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 :