

ARRET DE PLACEMENT

Selon tableau de nos directives générales
Ce document fait office de confirmation officielle d'arrêt de placement

<u>Parent-s:</u> Nom et prénom : Rue : NPA + Ville : Tél. et/ou natel :	<u>AMF:</u> Nom et prénom : Rue : NPA + Ville : Tél. et/ou nate l :
--	--

Nom et prénom de l'enfant :

La fin du placement a été annoncé en date du :

Avec préavis, 2 mois pour la fin d'un mois

Sans préavis, 2 mois pour la fin d'un mois

➔ Si le délai de résiliation n'est pas respecté, les heures d'accueil peuvent être facturées à 50% de la période non effectuée. Sauf en cas de résiliation pour motif grave ou événement imprévisible tel qu'accident, maladie, etc... Uniquement en accord avec la Coordinatrice

Signature de la Coordinatrice:

Remarque-s :

--

Dès lors le placement se terminera en date du :

Signatures :

<u>Parent-s :</u>	<u>AMF :</u>
Lieu et date :	Lieu et date :

Original:

La Coordinatrice

Copies:

Parent-s

AMF