

ARRET DE PLACEMENT

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

Parent-s Nom et prénom : Rue : NPA + Ville : N° de tél :	AMF Nom et prénom : Rue : NPA + Ville : N° de tél :
---	--

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 100% 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 :

Le placement se terminera en date du :

Signatures :

Parent-s	AMF
Lieu et date :	Lieu et date :

Original : La Coordinatrice
Copies : Parent-s
 AMF

Durant le préavis d'arrêt de placement, aucune modification dans la convention n'est autorisée.