

Arrêt de placement

Parent-s :	AMF :
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Rue :	Rue :
NPA + Ville :	NPA + Ville :
Tél et/ou natel :	Tél et/ou natel :

Nom et prénom de l'enfant :

La fin du placement a été annoncée en date du soit :

- sans préavis, pendant la période d'intégration (maximum 1 mois)
- avec préavis, 2 semaines durant les 3 premiers mois du placement, hors période d'intégration
- avec préavis, 2 mois pour un placement qui dure depuis plus de 3 mois

Remarques :

Dès lors, le placement se terminera en date du

Si les délais de résiliation ne sont pas respectés, les heures d'accueil selon convention seront facturées jusqu'à la fin du délai de dédite.

L'accueillante s'engage à accueillir l'enfant jusqu'à la date de fin de placement susmentionnée.

Ce document fait office de confirmation officielle d'arrêt de placement.

Signatures :

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

Le présent formulaire est établi en 1 exemplaire. L'original du document est transmis à votre Coordinatrice.

Copies :

- 1 au-x parent-s
- 1 à l'accueillant-e en milieu familial