

# Modification de contrat de placement AFJ

## VEUILLEZ REMPLIR TOUS LES CHAMPS

- La présente « Modification de contrat de placement » annule et remplace les éléments mentionnés sur le contrat de placement
- L'acceptation de la modification est notamment subordonnée aux places disponibles, elle sera effective uniquement après la signature de la coordinatrice
- En cas d'absence, toutes les heures convenues dans le présent contrat seront facturées.
- Tout quart d'heure entamé est dû
- **Les parents doivent être atteignables durant la journée**
- **Sauf urgence, seule la personne titulaire de l'autorisation est autorisée à prendre en charge les enfants et faire les trajets scolaires**

**ENFANT** NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
Né-e le : \_\_\_\_\_ ☐ Pré ☐ Para (dès la 2P)

### ACCUEIL DES ECOLIERS

L'enfant doit-il être accompagné à l'école ? ☐ oui\* ☐ non

\*(Le trajet de l'AMF avec et sans enfant est considéré comme temps de placement)

Nom et lieu de l'école : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**L'accueil des parascolaires se fait sur 38 semaines (période scolaire). Tout jour d'absence pour un parascolaire hors des vacances scolaires sera facturé.**

**PARENT** NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
NPA Lieu : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**NOM ET PRENOM DE L'AMF :** \_\_\_\_\_

**NOM ET PRENOM DE LA COORDINATRICE :** \_\_\_\_\_

Modification demandée par le parent / l'AMF le : \_\_\_\_\_ pour le : \_\_\_\_\_

### FREQUENTATIONS (arrondir au ¼ h)

| Horaires | Matin |   | Midi |   | Après-midi |   | déjeu.                   | collation                | dîner                    | goûter                   |
|----------|-------|---|------|---|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lundi    |       | à |      | à |            | à | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mardi    |       | à |      | à |            | à | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mercredi |       | à |      | à |            | à | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeudi    |       | à |      | à |            | à | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vendredi |       | à |      | à |            | à | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samedi   |       | à |      | à |            | à | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**IRREGULIER**

Le planning doit être donné à l'AMF **au moins 15 jours à l'avance** pour le mois à venir.

**Nombre d'heures d'accueil minimum par mois prévu dans la période de facturation (du 16 au 15 du mois suivant) :** \_\_\_\_\_

Le nombre d'heures mensuelles est calculé sur la base de 80% de l'horaire d'accueil souhaité à 100%  
(Si les heures effectives sont inférieures, le quota minimum sera facturé au prorata des jours d'accueil)

**Jours d'accueil réservés :** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE SEMAINES DE VACANCES – A REMPLIR EN CAS DE MODIFICATION**

L'AMF prendra \_\_\_\_\_ semaines de vacances par année civile

**L'enfant de la naissance à la fin de la 1P** prendra \_\_\_\_\_ semaines de vacances par année civile

**Remarques :**

---

---

---

---

**Le règlement de l'accueil familial de jour Yverdon-les-Bains et Région fait partie intégrante de ce contrat et complète les informations utiles au placement. Par leur signature, les adultes concernés attestent avoir pris connaissance du règlement pour l'accueil familial de jour des enfants ainsi que de sa politique tarifaire.**

**Signatures :**

Date : \_\_\_\_\_ Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature de l'AMF : \_\_\_\_\_

**Ce formulaire doit être transmis sans délai pour validation et signature**

----- **à remplir par la coordinatrice** -----

La demande est ☐ REFUSÉE

☐ ACCEPTÉE PAR LA COORDINATRICE ET PRENDRA EFFET DÈS LE : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature de la coordinatrice : \_\_\_\_\_

**Distribution :**

Mail au-x parent-s placeur-s et l'AMF