

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	☐	☐	☐	☐
Mardi		à		à		à	☐	☐	☐	☐
Mercredi		à		à		à	☐	☐	☐	☐
Jeudi		à		à		à	☐	☐	☐	☐
Vendredi		à		à		à	☐	☐	☐	☐
Samedi		à		à		à	☐	☐	☐	☐

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 AJOVAL 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