

Intervention communale dans les séances de rééducation logopédique ou psychomotrice.

A. REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

Je soussigné(e) Adresse
certifie que l'enfant
a suivi un traitement de rééducation à raison de séances aux dates suivantes :

MOIS :	MOIS :	MOIS :	MOIS
.....20202020
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Fait à, le

Signature,



A REMPLIR PAR LES PARENTS

Je soussigné (e), mère, père ou tuteur
de l'enfant domicilié(e).....
atteste que :

- les séances de rééducation ne sont remboursées par aucun organisme (Fonds National de Reclassement Social des Handicapés, Comité de Protection de la Jeunesse, Accueil Famille, services sociaux divers, etc...) autre que la mutualité.
- mon enfant n'est pas inscrit au Fonds National de Reclassement Social des Handicapés.
- copie du dernier avertissement-extrait de rôle établi par le Ministère des Finances.

Fait à, le

Signature.

N° de compte : Date de naissance de l'enfant :



RESERVE A L'ADMINISTRATION COMMUNALE :

- Nom et prénom de la mère :
- Nom et prénom de l'enfant :
- Adresse :
- Subvention : séances à€ =€

