

**Demande de prise en charge pour frais extraordinaires
Service de placement familial**



Nom du demandeur :

Prénom :

Rue :

Code postal et ville :

Banque ou CCP :

N° de compte :

Nom et prénom de l'enfant placé :

Nom famille d'accueil/gardiennne :

Objet :

.....

.....

Montant (avec pièces à l'appui, p. ex. bon de caisse, facture).....

Date

Signature du demandeur

Réservé au service

Décision du comité de gestion du

Montant à virer

Remarque

.....

.....