



Direction Générale Adjointe Solidarités
Direction Santé Prévention et PMI
Service Modes d'accueil

Modalités de remboursement des frais des représentants élus des assistants maternels et familiaux

Afin de pouvoir traiter votre demande, vous devez :

- adresser le formulaire « Demande remboursement frais de déplacement/repas CCPD » dûment rempli et signé par mail à : cyrielle.meyer@alsace.eu
- y joindre un RIB (uniquement pour la première demande)

A noter : la demande de remboursement peut se faire mensuellement ou 1 fois par an (année civile).

ETAT DES FRAIS DE DEPLACEMENT CCPD CeA
Mois de _____ 20__

Tout état incomplet ou raturé ne pourra pas être traité

Nom et prénom de l'assistant(e) maternel(le) **ou de l'assistant(e) familial(e)** :

Adresse :

Téléphone :

Date de la décision d'autorisation de circuler :

Puissance fiscale de la voiture :

Date du déplacement	Domicile		Lieu de la CCPD	Nombre de km (A/R)	Transport (tram, bus, train, péage ⁽¹⁾)	Repas ⁽²⁾
	Heure départ	Heure retour				

			TOTAL			

(1) Joindre les pièces justificatives et compléter la rubrique

(2) Une indemnité repas est attribuée pour les périodes comprises entre 11h00-14h00 et 18h00-21h00 si la mission le justifie

Je soussigné, auteur du présent état, en certifie l'exactitude à tous égards et demande le règlement à mon profit par virement à mon compte bancaire.

A _____, le _____

Signature de l'assistant(e) maternel(e) ou de l'assistant(e) familial(e)

Cadre réservé à l'administration		
Nombre de km	Tarif kilométrique	Total somme à mandater
.....km (0 à 2 000 Km)		
.....km (2 001 à 10 000 Km)		
.....km (> à 10 000 Km)		
Repas Transport		
TOTAL		

Cadre réservé à l'administration PMI
PMI Vérfié et reconnu exact Pour certification du service fait signature

