

ADMINISTRATION COMMUNALE DE HOTTON

**INTERVENTION COMMUNALE DANS LES SEANCES DE REEDUCATION
LOGOPEDIQUE 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 :

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, services sociaux divers, etc. . .) autre que la mutualité.
- mon enfant n'est pas inscrit au Fonds National de Reclassement Social des Handicapés.

Fait à, le

Signature,

N° de compte:

RESERVE A L'ADMINISTRATION COMMUNALE

Subvention : séances X 2,50 € = €