



# DEMANDE DE FACTURATION ALTERNEE

A établir à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de .....

Responsable 1 : mère/père \*  
\* rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
certifie sur l'honneur avoir la garde de mon/mes enfant(s):  
NOM et prénom .....Ecole .....  
NOM et prénom .....Ecole.....  
NOM et prénom .....Ecole .....

Les semaines :  paires  impaires

**A noter : l'alternance s'établie du lundi matin au dimanche soir**

Je suis allocataire  CAF : n° allocataire ..... (Si allocataire CAF  
hors 17 et 16, fournir une attestation de quotient familial)  
 MSA : fournir une attestation de quotient familial

Fait à ....., le.....

Signature du responsable 1 :

Responsable 2 : mère/père \*  
\* rayer la mention inutile

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
certifie sur l'honneur avoir la garde de mon/mes enfant(s):  
NOM et prénom .....Ecole .....  
NOM et prénom .....Ecole.....  
NOM et prénom .....Ecole .....

Les semaines :  paires  impaires

**A noter : l'alternance s'établie du lundi matin au dimanche soir**

Je suis allocataire  CAF : n° allocataire ..... Si allocataire CAF  
hors 17 et 16, fournir une attestation de quotient familial)  
 MSA : fournir une attestation de quotient familial

Fait à ....., le.....

Signature du responsable 2 :