Facture - remboursement pour les responsables de garde

Services d'inclusion pour jeunes enfants

Nom de la responsable de garde : _____

Nom de la conseillère en
garde à domicile : _____

Nom de l'agence de garde à domicile : _____

Adresse : _____

			SIJE seulement
Date MM/JJ/AAAA	Période de temps du remplacement	Raison pour le remplacement	Autorisation

Nombre total d'heures du remplacement de la
responsable de garde _____

Taux horaire de base de suppléante

ou

Taux horaire de base de suppléante de l'agence \$ 17.11 _____

Total réclamé :

	6275-600	
--	----------	--

S.V.P. envoyer aux :

Services d'inclusion pour jeunes enfants

Attention : Tara Matte

700, avenue Industrial, bureau 600 Ottawa, Ontario K1G 0Y9

613-736-1913 poste 229 613-736-8378 (télécopieur)

tmatte@afchildrensservices.ca

février 2019