



Région Basse-Broye

Accueil Familial
de Jour

Demande de modification de contrat

- **Représentants légaux**

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

- **Enfant (1 demande par enfant svp)**

Nom : Prénom :

Entrée en vigueur des nouveaux horaires le :

➤ Selon conditions du règlement art. 4.1.

a) **Horaire régulier (merci d'inscrire l'horaire complet de la semaine, au quart d'heure)**

	Matin		Midi		Après-midi	
	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ	Arrivée	Départ
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						

b) **Horaire irrégulier**

Total d'heures minimum par mois :

Jours concernés par l'accueil : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Horaires probables :

Annonce du planning : un mois à l'avance autre délai :

- **Accueillante concernée**

Nom : Prénom :

est déjà informée de notre décision Date de l'annonce :

n'est pas encore informée de notre décision

Date : Signature des
représentants légaux :

☞ **Ce formulaire est à envoyer par courrier ou courriel à l'accueil familial de jour**