





Tél.021 962 78 34/77 accueil.familial@montreux.ch

## Demande de remplacement en accueil familial

Nom et prénom de l'enfant	:							
Date de naissance :								
Noms et prénoms des pare	ents :							
Adresse :								
Гél. parents :								
Dates du remplacemetn (de	u - au)	):						
Motif de la demande :								
La demande sera traitée s Sans confirmation de la S	selon Struct	les places ure d'accu	disponible ueil en milio	e en accueil eu familial,	familial de le remplace	jour. ement ne peu	it pas débi	uter.
2. Horaires souhait	tés							
Γ		De	à	De	à	De	à	7
	LU							
<u></u>	MA							
<u> </u>	ME							_
F	JE							4
<u> </u>	VE							4
F	SA							-
Ľ	DI							
Nous vous remercions de b	oien vo	ouloir indiq	uer les hora	iires précis,	exemple : d	e 9h30 à 17h0	00.	