

Annexe 2 – 3

ASSURANCE COLLECTIVE DES ACTIONS DE REMPLACEMENT

DECLARATION EN COURS DE REMPLACEMENT - DECLARATION DE FIN DE REMPLACEMENT

(à fournir dans les 10 jours)

SERVICE de remplacement de : _____

BENEFICIAIRE du remplacement : _____

NOM

PRENOM

ADRESSE

Tél. _____

EXPLOITATION bénéficiaire du remplacement (Préciser statut) :

ADRESSE _____

REEMPLACEMENT du _____ au _____ nombre de jours _____

INDIQUER DETAIL AU VERSO

DEPENSE CORRESPONDANTE
JOINDRE LA FACTURE

Certifié exact A

L'ADHERENT,

le

LE PRESIDENT DU SERVICE
DE REMPLACEMENT,

MOIS DE :

JOURS	NOMBRE D'HEURES
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	