santé famille retraite services

PRESTATION DE SERVICE UNIQUE

C49085

N°Tiers : **49A**

49938 ANGERS CEDEX 9
PRESTATIONS EXTRALEGALES
☎ ***02.41.31.75.74***

Crèche

Nom et Adresse de la structure

Personne à contacter :
Tél.:
Mail :

Agrément :
(ou récépissé de déclaration)

Période :
N°:

Année Civile ⇨

Trimestre
Jan-Fév-Mars ☐
Avril-Mai-Juin ☐
Juil-Août-Sept ☐
Oct-Nov-Déc ☐

N°immatriculation *13 chiffres*	**Nom – Prénom** **Adresse complète de l'assuré(e)**	**Nom - Prénom de l'enfant**	**Date de naissance**	**Participation horaire de la famille**	**Participation horaire de la MSA**	**Nombre d'heures**	**Partie réservée à la caisse**

N° immatriculation *13 chiffres*	**Nom – Prénom** **Adresse complète de l'assuré(e)**	**Nom - Prénom de l'enfant**	**Date de naissance**	**Participation horaire de la famille**	**Participation horaire de la MSA**	**Nombre d'heures**	**Partie réservée à la caisse**