



COMMUNE DE HAUTERIVE FR
DICASTÈRE DE LA FORMATION, DES STRUCTURES DE GARDE,
DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE

Questionnaire pour la détermination du tarif

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

L'employeur soussigné atteste que :

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

reçoit un salaire mensuel brut 2018 de Fr. / mois

Allocations familiales cantonales Fr. / mois

Allocation d'employeur pour enfants / de ménage Fr. / mois

13^{ème} salaire ou gratification (brut) Fr. / an

Autres allocations : Fr. / mois

Remarques éventuelles :

Lieu et date : Timbre et signature de l'employeur

A remplir par le/la conjoint/e qui n'exerce pas d'activité professionnelle

Nom : Prénom :

reconnait ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée.

Lieu et date : Signature :

Les parents soussignés déclarent les revenus divers suivants :

* pensions alimentaires Fr. * rentes Fr.

* bourses d'études Fr. * autres Fr.

* allocations de chômage Fr.

° prière de joindre une photocopie de la décision

Lieu et date : Signature :