



COMMUNE DE HAUTERIVE FR

DICASTERE 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 2021 de	Fr. / mois
allocations familiales cantonales	Fr. / mois
allocation d'employeur pour enfants / de ménage	Fr. / mois
13 ^{ème} salaire ou gratification (brut)	Fr. / mois
autres allocations	Fr. / mois

Remarques éventuelles :

Lieu et date : Timbre et signature de l'employeur

A remplir par le/la conjointe 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 :