

**Je suis salarié-e**

## **DONNEES PERSONNELLES A COMPLETER ET SIGNER PAR VOS SOINS**

### **Je soussigné-e :**

Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

### **Autre adulte vivant sous le même toit que les enfants :**

Nom : ..... Prénom : .....

*(Selon notre règlement, un montant de CHF 800.00 sera ajouté au parent principal lors de concubinage de moins de 5 ans. Dès la 5<sup>e</sup> année de vie commune ou la naissance d'un enfant en commun, le partenaire devra également compléter et retourner le présent document pour lui-même.)*

**En page 2 - Liste des documents justificatifs à transmettre  
en un seul envoi à l'adresse [facturation@fondation-fej.ch](mailto:facturation@fondation-fej.ch)  
dans les 10 jours**

**Je ne souhaite pas transmettre les informations relatives à mon revenu.**

**Je prends note que le TARIF JOURNALIER MAXIMUM me sera facturé tout au long de l'année 2024. Malgré cela, je fais compléter la partie relative à mon taux d'activité professionnelle par mon employeur (page 3) (OBLIGATOIRE).**

Remarques à l'attention du Service Facturation : .....

.....  
.....  
.....  
.....

Lieu et date :

Signature :

.....

.....

*la suite au verso ./.*

## Je suis salarié·e

### **Liste des documents justificatifs à transmettre un seul envoi à l'adresse [facturation@fondation-fej.ch](mailto:facturation@fondation-fej.ch) dans les 10 jours**

- Une copie complète de la dernière décision de taxation incluant le calcul de l'impôt et **notamment le détail des codes 100 à 800**
- L'attestation de salaire mensuel prévisionnel et taux d'activité professionnelle (**en page 3**) à faire compléter et signer par votre employeur
- Une copie de vos 3 dernières fiches de salaires

#### **Si vous revenez de congé maternité**

- Suite à un congé maternité, une attestation de votre employeur indiquant :
  - La date de reprise du travail
  - Le taux d'activité après la reprise
  - Le salaire mensuel brut



*En cas de congé non payé, nos tarifs ne seront pas adaptés.*

#### **Si vous êtes au bénéfice du RI ou d'autre forme de soutien financier (PC familles, EVAM, etc.)**

- Une copie des attestations complètes 2024 du service social référant
- Une copie des décisions 2024 des prestations complémentaires pour familles (PC familles)

#### **Si vous êtes au bénéfice d'une rente (AI, AVS, orphelin, veuf-ve)**

- Une copie des attestations de rentes ou de prestations complémentaires mensuelles

#### **Si vous recevez, ou versez, une contribution d'entretien pour vos enfants ou de/pour votre ex-conjoint**

- Une copie du jugement, des mesures protectrices de l'union conjugale ou de la convention indiquant les informations suivantes :
  - Le domicile de-s enfant-s
  - Les modalités de garde définies
  - Le montant des contributions d'entretien pour chaque enfant et/ou l'ex-conjoint
- A défaut d'un tel document, une déclaration sur l'honneur indiquant les mêmes informations, signée par les deux parents

*la suite au verso ./.*

## A FAIRE COMPLETER ET SIGNER OBLIGATOIREMENT PAR VOTRE EMPLOYEUR

### A l'attention de l'employeur :

Afin de vérifier que les conditions d'accueil des enfants de votre collaborateur·rice répondent bien aux **critères de priorité** et que **le tarif journalier facturé** est conforme à sa situation professionnelle, nous vous remercions de compléter et signer cette attestation.

### L'employeur soussigné atteste que :

Madame     Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

### CRITERE DE PRIORITE - A REMPLIR IMPERATIVEMENT :

Travaille dans notre entreprise en 2024 à un taux d'activité de : .....%

Effectue des horaires irréguliers

**Si le taux d'activité n'est pas de 100 %, veuillez indiquer ci-dessous les jours travaillés :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

### CALCUL DU REVENU DETERMINANT :

Il/elle reçoit, depuis le ..... (date), le salaire suivant :

#### **Salaire mensuel BRUT prévisionnel 2024**

Fr. ....

13<sup>ème</sup> salaire :  OUI     NON

14<sup>ème</sup> salaire :  OUI     NON



#### **Allocations familiales versées à l'employé par mois**

Fr. ....

Sont-elles incluses dans le chiffre 1 du certificat de salaire annuel :  OUI     NON

#### **Autre rémunération mensuelle soumise à AVS**

Fr. ....

(ex. revenus accessoires, heures supplémentaires prévisionnelles, heures de nuit, etc.)

#### **Autre rémunération annuelle soumise à AVS**

Fr. ....

(ex. bonus, gratification, primes, etc.)

Lieu et date :

Raison sociale, timbre et signature de l'employeur :

.....

.....