

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^e 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.)

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 2) (OBLIGATOIRE).

Remarques à l'attention du Service Facturation :

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

Lieu et date :

Signature :

.....

.....

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^{ème} salaire : OUI NON

14^{ème} 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 :

.....

.....