santé
famille
retraite
services

L'essentiel & plus encore

ETAT RECAPITULATIF A.L.S.H. 2024

DOCUMENT A NOUS RETOURNER DATE ET SIGNE PAR COURRIER

DESIGNATION DE LA STRUCTURE :

Nom :

Adresse :

N° d'identification MSA :

PERSONNE A CONTACTER :

Nom :

Mél : Tel :

Accueil de Loisirs Sans Hébergement et séjour court (activité accessoire)

N° agrément DDCSPP : .....

Etat à retourner après chaque période de vacances scolaires

- **Seules les familles allocataires MSA sont à mentionner sur cet état.**
- **Paiement aux familles**

Nom, Prénom de l'allocataire et N° d'immatriculation MSA (précisions sur le bon ALSH)	**Prénom et date de naissance de l'enfant** (précisions sur le bon ALSH)	**Dates de présence**	**Nombre de jours** Accueil ss hébergement Ou séjour court	**Coût réel jour** (avant déduction aide MSA)	**Réservé MSA** Participation
Exemple : DUPONT Sébastien	Sofia 10/04/2014	**du** 15/07/24 **au 19**/07/24	5	16,00	
N° SS 1 78 07 51 454 213		**du** 05/08/24 **au** 10/08/24	4	22,00	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	

Nom, Prénom de l'allocataire et N° d'immatriculation MSA (précisions sur le bon ALSH)	**Prénom et date de naissance de l'enfant** (précisions sur le bon ALSH)	**Dates de présence**	**Nombre de jours** Accueil ss hébergement Ou séjour court	**Coût réel jour** **(avant déduction aide MSA)**	**Réservé MSA** **Participation**
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	
		du au		€ / J	