

Identification de la structure d'accueil :

Personne référente de la structure
Téléphone
Mail

SERVICE ACTION SOCIALE
16 RUE JEAN CLARET
63972 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
Mail : contactsocial.blf@auvergne.msa.fr

ETAT DU SUIVI D ACTIVITE ANNEE* :

Accueil périscolaire/Extrascolaire				
	TRIMESTRE 1**	TRIMESTRE 2**	TRIMESTRE 3**	TRIMESTRE 4**
NOMBRE D ENFANTS				
NOMBRE D HEURES FACTUREES				
NOMBRE DE JOURS DE FREQUENTATION				
Séjours organisés dans le cadre d'un accueil de loisirs et de scoutisme				
NOMBRE D ENFANTS				
NOMBRE DE JOURS				

Date :

**ECHEANCES DE TRANSMISSION DE L ETAT DU SUIVI D ACTIVITE (noter 0 si aucun enfant accueilli)	
	A RETOURNER AVANT LE
TRIMESTRE 1	15-avr
TRIMESTRE 2	15-juil
TRIMESTRE 3	15-oct
TRIMESTRE 4	15-janv

***CET ETAT NE REMPLACE PAS LES RELEVES NOMINATIFS DE PRESENCE NECESSAIRES AU PAIEMENT A TRANSMETTRE AVANT LE 31/05/N+1**