

**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](mailto:contactsocial.blf@auvergne.msa.fr)

**ETAT DU SUIVI D ACTIVITE ANNEE\* :**

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

Date :

<b>**ECHEANCES DE TRANSMISSION DE L ETAT DU SUIVI D ACTIVITE (noter 0 si aucun enfant accueilli)</b>	
	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**