

**Identification de la structure d'accueil**

Personne référente de la structure :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

**DEMANDE DE PRESTATION DE SERVICE  
RELEVÉ NOMINATIF ANNUEL DE PRESENCE  
POUR L'ANNEE :**

**MSA AUVERGNE  
SERVICE ACTION SOCIALE**

**16 RUE JEAN CLARET  
63972 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9  
Tel : 04-73-43-75-39  
Mail : [contactsocial.blf@auvergne.msa.fr](mailto:contactsocial.blf@auvergne.msa.fr)**

A retourner à la MSA AUVERGNE impérativement avant le 31 mai de l'année N+1

ACCUEIL PERI SCOLAIRE							
Réservée MSA	Nom Prénom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Nom, Prénom du parent allocataire	N° INSEE	Période du séjour*		Nombre de jours facturés
					DU	AU	
<b>TOTAL</b>							

\* Une ligne par séjour

Cachet de la structure

Certifié exact à .....le .....  
Signature du Responsable de la structure