

Direction des ressources humaines
du ministère de la Défense
Service de l'action sociale des armées

ATTESTATION DE SÉJOUR EN MAISON DE REPOS OU DE CONVALESCENCE

À remplir IMPÉRATIVEMENT par le responsable du séjour :

I Je soussigné(e) **Nom – Prénom** :
responsable de l'établissement agréé par la sécurité sociale

Nom de l'établissement :

N° d'agrément sécurité sociale de l'établissement :

II Atteste que les renseignements figurant ci-dessus sont exacts et que l'enfant :

NOM enfant : **Prénom enfant** :

Date de naissance :

A été pensionnaire de l'établissement aux dates ci-dessous :

Du Au

A été présent au sein de l'établissement aux dates ci-dessous :

Du Au

III **Tarif journalier** payé pour l'hébergement de l'enfant désigné ci-dessus :€

Montant total réglé par la famille pour l'hébergement de l'enfant :€

A, le
Cachet de l'établissement et Signature du responsable