



# Attestation Indemnités de Repas

Date d'établissement du contrat initial : ...../ ...../ .....

Entre :

Mme/M\* ..... Assistant(e) Maternel(le) Agréé(e)  
Domicilié(e) .....

Et

M et Mme .....parents de l'enfant  
.....  
Domiciliés .....

Objet : Indemnités des repas fournis par les parents

Valeur du repas biberon de lait maternisé pour nourrisson fournit par les parents est  
de .....€ par jour de présence de l'enfant à partir du ...../ ...../ .....  
jusqu'au ...../ ...../ .....

Valeur du repas, goûter compris fournit par les parents est de .....€ par jour de présence  
de l'enfant à partir de ...../ ...../ ..... jusqu'au ...../ ...../ .....

Fait en double exemplaire à ..... le ...../ ...../ .....

Signature des parents,  
Précédée de la mention,  
« Lu et approuvé »

Signature de l'assistant(e) maternel(le)  
Précédée de la mention,  
« Lu et approuvé »