



## CESSION AMIABLE

### DES PRESTATIONS D'ALLOCATIONS FAMILIALES

ARTICLE L.553 DU CODE DE SECURITE SOCIALE

Je soussigné(e) : Mlle, Mme, M.....

Domicilié(e) : .....

N° d'Allocataire : .....

Autorise M. l'Agent Comptable de la Caisse d'Allocations Familiales d'ECOLE-VALENTIN,

à verser à la VILLE de .....

les sommes qui lui seront notifiées par : M. LE TRESORIER de POUILLEY LES VIGNES  
B.P. 25 – 1, rue Pergaud  
25115 POUILLEY LES VIGNES

En règlement de créances alimentaires de **RESTAURATION SCOLAIRE pour l'année 2010/11,**

Dues pour mon (mes) enfants : .....

.....

.....

### MENSUALITES NON PAYEES

MOIS	ANNEE	REFERENCES	MONTANT
Septembre			
Octobre			
Novembre			
Décembre			
Janvier			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
<b>TOTAL</b>			.....

Fait à ..... le .....

Le déclarant (*signature*) :