

MSA AUVERGNE

Site de _____

**ATTESTATION DE PRESENCE
HEBERGEMENT TEMPORAIRE / ACCUEIL DE JOUR**

A faire remplir par l'établissement d'accueil	Je soussigné (e) qualité représentant certifie que l'établissement est habilité à pratiquer ☐ l'hébergement temporaire par arrêté en date du fixant le prix de journée à€ et le tarif dépendance à€ ☐ l'accueil de jour par arrêté en date du fixant le prix de journée à€ et le tarif dépendance à€ atteste que (Prénom Nom du résident) né le N°INSEE a été hébergé dans mon établissement au titre de : ☐ l'hébergement temporaire duau ☐ l'accueil de jour duau nombre de jours pour la période donnée : A, le Signature du représentant

Pièce à joindre	Facture détaillée établie à l'ordre du bénéficiaire et certifiée acquittée par l'établissement
-----------------	--

Dossier à retourner à :

MSA AUVERGNE
Service Action Sociale
16 rue Jean Claret
63972 CLERMONT FERRAND CEDEX 9
Ou : contactsocial.blf@auvergne.msa.fr