



**ATTESTATION
EN CONTREPARTIE D'UNE AIDE FINANCIERE COMPENSATRICE
ACCORDEE PAR LE FONDS D'ACTION SOCIALE DE LA CAVIMAC
EN MATIERE D'AIDE MENAGERE A DOMICILE**

L'attestation ci-après doit être retournée à la CAVIMAC, dûment remplie et signée

Je soussigné(e) NOM : Prénom :

Responsable de l'association cultuelle ou de la collectivité religieuse n° |_|_|_|_|, ci-après désignée

certifie que :

Soeur, Père NOM : Prénom :
(Rayer la mention inutile)

NNI (sécurité sociale) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

est dans l'obligation d'abandonner son activité antérieure au sein de la Communauté afin de prendre en charge les membres aînés de ladite Communauté.

Fait à, le

Pour servir et valoir ce que de droit

SIGNATURE