**FORMULAIRE**

***– Indemnisation pour garde d'enfant à domicile –***
***Fermeture des crèches et des établissements préscolaires et scolaires –***
***Mesures exceptionnelles et temporaires –***
***COVID 19***

*Ce formulaire est à retourner à la Caisse de Compensation des Services Sociaux ou au Service des Prestations Médicales de l'Etat*

Nom de l'employeur :

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Numéro d'immatriculation de l'employeur aux Caisses Sociales de Monaco :

Numéro de téléphone :

Je certifie que cette déclaration concerne des employés ne pouvant pas travailler à distance

Salariés concernés par la mesure :

| *Nom et prénom* | *Fonction* | *N°CCSS/SPME* | *Durée et organisation de la mesure* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |