

SUSPENSION TEMPORAIRE DE MA RECONNAISSANCE**Émis par la RSG à l'intention du BC**

Date de l'avis : _____

Nom de la RSG : _____

Nombre de places à mon permis : _____ pouspons _____ Enfants de 18 mois et +

Mon service de garde sera fermé tel qu'indiqué ci-dessous :

À compter du : _____ au : _____
(Année – Mois – Jour) (Année – Mois – Jour)**Date de réouverture inconnue ()**Raison de la suspension de ma reconnaissance :

Billet médical accompagné à cet avis : Oui () Non ()

Nombre de jours de fermeture, si connu : _____ jours
-----Note importante**Délai indéterminé ne dépassant pas 24 mois (Art. 79.1)**Lorsque la période de fermeture est indéterminée, veuillez contacter _____
au bureau coordonnateur 30 jours à l'avance pour l'aviser de la date exacte de la
réouverture de votre service de garde (Article RSGÉE 79)

En toute collaboration.

*Signature de la RSG**Remettre une copie au bureau coordonnateur*