



Accueil/DAPE
Chaussée de Charleroi 95
1060 Bruxelles

N° MATRICULE DU MILIEU D'ACCUEIL

/ /
N° DU P.O.

RAPPORT D'ACTIVITÉ DU

TRIMESTRE 20

Type de Milieu d'Accueil

Nom du Pouvoir organisateur :

Nom du Milieu d'Accueil :

Rue :

N°

Localité :

C.P. :

Adresse e-mail de l'agent traitant :

Renseignements à fournir pour l'obtention des subsides de fonctionnement

LISTE DU PERSONNEL RETRIBUE (à compléter chaque trimestre**)

Fonctions	Nom et Prénom	Prestations en 1/100 (*)	Date d'entrée (**) / Date de cessation ou de reprise d'activité (***)	APE / PTP / ACS / MARIBEL / ACTIVA / TANDEM / APE FESC (fonds 1) / Programmation / Hors-Programmation (****)	pts
Personnel social (****)					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
Personnel infirmier (****)					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
					pts
Personnel de puériculture (qualification à préciser) <i>(prière de veiller à distinguer le personnel demandé en subvention)</i>	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
	Qualif.				pts
Personnel de Direction					pts
					pts

Compléter éventuellement la liste du personnel sur un feuillet séparé

(*) Les prestations subsidiables doivent être indiquées en centièmes.

(**) Pour les membres du personnel ne figurant pas encore à la liste du trimestre précédent, préciser la date d'entrée.

(***) Indiquer la date de cessation d'activité par suite de démission, de maladie ou d'accident de travail, de congé d'accouchement, de congé sans solde. Indiquer la date de reprise après un des congés précités.

(****) Indiquer s'il s'agit de personnel disposant d'une formation supérieur à finalité psychopédagogique en faisant suivre les noms et prénoms de la mention "PP".

(*****) Préciser le statut exact de chaque membre du personnel, 95% ou 100% pour les ACS. Préciser pour les APE et les ACS, hors-programmation le nombre de points, équivalent temps plein.

A) CAPACITÉ SUBVENTIONNÉE : places PLACES SUPPLÉMENTAIRES AGRÉÉES : places

B) Fermeture : du au pour (raisons)
 du au pour (raisons)
 du au pour (raisons)

du lundi au vendredi samedi

C) Nombre de jours de fonctionnement

D) Nombre total de jours de présence des enfants

E) Taux d'occupation (brut)

Formule : $\frac{D \times 100}{A \times C} = X \%$

Calcul : $\frac{x}{x} =$

F) Heures d'ouverture : de à (du lundi au vendredi)

NOMBRE D'ENFANTS qui ont séjourné au moins un jour pendant le trimestre en cause

NOMBRE D'ENFANTS entrés dans l'établissement au cours du trimestre

NOMBRE D'ENFANTS ayant suivi le programme de vaccination

A ne remplir qu'une fois l'an (sur rapport du 1 ^{er} trimestre). Nombre d'enfants inscrits au 15 janvier			Rubrique à ne compléter qu'une fois l'an (sur rapport du 4 ^{ème} trimestre)	Années de naissances
	< 3 ans		Nbre d'enfants ayant séjourné au moins un jour à la crèche au cours de l'année	20
	> 3 ans			20
				20
		Total		Total

Nom du Médecin	Dates des séances	Heure d'arrivée	Heure de départ	Nombre d'exams effectués	Heures prestées
Tot. séances					

CALCUL DES HONORAIRES ET FRAIS DE DÉPLACEMENTS DU MÉDECIN POUR LA CONSULTATION

A) HONORAIRES MÉDICAUX				Sommes par médecin EUR	Réservé à l'ONE
Noms et prénoms des médecins	N° de matricule du médecin	Nombre total d'heures, minutes prestées	Taux		
Dr					
Dr					
Dr					
Dr					
			Total des honoraires		

B) FRAIS DE DÉPLACEMENTS				Sommes par médecin EUR	Réservé à l'ONE
Dr	séances à	Km par séance soit	Km à euros		
Dr	séances à	Km par séance soit	Km à euros		
Dr	séances à	Km par séance soit	Km à euros		
Dr	séances à	Km par séance soit	Km à euros		
Dr	séances à	Km par séance soit	Km à euros		
			Total des frais de déplacement		



Accueil/DAPE
Chaussée de Charleroi 95
1060 Bruxelles

N° MATRICULE DU MILIEU D'ACCUEIL

/

/

N° DU P.O.

RAPPORT D'ACTIVITÉ DU

TRIMESTRE 20

Type de Milieu d'Accueil

I. RELEVÉ DES SUBSIDES DE FONCTIONNEMENT (forfait)	Subsides demandés (eur)	Réservé à l'ONE
A) Personnel social : (forfait de remplacement) :		
B) Personnel infirmier : (forfait de remplacement) :		
C) Personnel de puériculture : (forfait de remplacement) :		
II. RELEVÉ DES DÉPENSES SUBSIDIABLES POUR LA CONSULTATION		
• D) Total des honoraires des médecins : Limitation honoraires médicaux		
• E) Total des frais de déplacement des médecins :		
F) Indemnité préposé aux écritures pour séances : x EUR		
G) Indemnité pour locaux des séances : x EUR		
• H) Matériel, fournitures diverses pour consultation (à détailler)		
• I) Frais de déplacement du personnel social pour le service : (visites à domicile, démarches sociales,...)		
• J) Séances éducatives : (indiquer la date de l'autorisation ONE et le montant)		
K) Séances d'activités collectives à l'intention des parents : L) Séances de formations reconnues pour les médecins :	x EUR heure(s)	
• Pièces justificatives à joindre s.v.p. (formulaire 101, . . .)		
(**) Total général		

REMARQUES :

S'il s'agit du 1^{er} ou du 4^{ème} trimestre, ne pas omettre de remplir le cadre annuel qui se trouve en 2^{ème} page.

NB : Les demandes de subsides doivent parvenir à l'ONE avant la fin du trimestre qui suit le trimestre à subventionner.

Toute demande rentrée en dehors des délais est considérée comme caduque. Au cas où des sommes supérieures ou inférieures aux montants effectivement remboursables auraient été portées en compte, l'ONE se réserve le droit d'opérer les rectifications nécessaires sur les trimestres suivants.

Adresse e-mail du P.O. :

R	Rectifications : limitations subsides demandés	
É	Total subsides accordés :	
S	Pénalité : /	
E	Avance : x	
R	Rétrocession / Péréquation :	
V	Récupération ACS (FDS 1)	
É	Récupération ACS / APE programmation	
	Récupération ACS / APE hors-programmation	
À	Récupération ACS / APE / SEMA obligatoire	
	Récupération ACS / APE / SEMA non-obligatoire	
L	Récupération PTP / APE Baby Wall	
O	Récupération PTP hors-programmation	
N		
E	A liquider :	

Je soussigné(e) : (nom, prénoms, qualité)

déclare que les renseignements précités sont sincères et exacts, que les montants dus à des tiers leur ont été réellement payés, que les sommes indiquées ont été régulièrement comptabilisées, selon pièces justificatives jointes ou tenues à la disposition de l'ONE.

Date

Signature :