Direction de la protection de la jeunesse

**Validation de l’allocation de dépenses personnelles**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date :**  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la RTF :** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse de la RTF :**  |       |
|  |     |
|  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’usager** | **Période** | **Montant** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

La présente atteste que nous avons procédé à la validation des allocations de dépenses personnelles (ADP) pour chaque usager nommé ci-haut :

[ ]  Conforme

[ ]  Non conforme

Commentaires :

Signature de l’intervenante aux ressources

Signature de la ressource de type familial