

Prénom NOM
Adresse
Code postal - Ville
Numéro d'allocataire
Numéro de téléphone
Adresse mail

CAF de [votre département]
[Adresse - Ville]
À [ville], le [date]

Objet : Autorisation de prélèvement pour remboursement CAF

Madame, Monsieur,

Suite à un trop-perçu, je vous prie de bien vouloir autoriser la Caisse d'allocations familiales du [département] à effectuer un prélèvement mensuel de [somme due], durant [nombre de mois].

Ce prélèvement aura lieu sur le compte n° [numéro de compte], au nom de [votre nom]. Vous trouverez ci-joint le RIB à l'aide duquel vous pourrez effectuer les prélèvements afin que je puisse rembourser la CAF ainsi qu'une reconnaissance de dette complétée.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

[nom, prénom, signature]