

FICHES DE LIAISON - DECLARATION D'ACCUEIL CONCERNANT**L'ARRIVEE** ☐ **DEPART** ☐ **D'UN ENFANT****CHEZ UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

Article R. 421-39 du Code de l'Action Sociale et des Familles: l'assistant maternel est tenu de déclarer au Président du conseil départemental, **dans les huit jours suivant leur accueil**, le nom et la date de naissance des mineurs accueillis ainsi que les modalités de leur accueil et les noms, adresses et numéros de téléphone des représentants légaux des mineurs. Toute modification de l'un de ces éléments est déclarée dans les 8 jours.

Tout manquement répété à cette obligation pourra justifier, après avertissement, un retrait d'agrément (Art.R.421-26 du C.A.S.F)

-Pendant le temps d'accueil, le nombre total de mineurs âgés de moins de 11 ans sous la responsabilité exclusive de l'assistant maternel ne peut excéder 6 dont au maximum 4 de moins de 3 ans.

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Exerçant à : DOMICILE : ☐ en MAM ☐ : commune d'exercice :

☎ : ____/____/____/____/____/____/ Mail@: _____

Votre Agrément : (cf décision d'agrément) N° D 'AGREMENT _____Agréé(e) pour ☐ enfant (s) **Besoin Ponctuel** ☐ **Besoin Temporaire** ☐

Nombre d'enfants total, présents au domicile, de moins de 11 ans, sous votre responsabilité pendant les temps d'accueil : ____

ENFANT concerné

(une seule fiche par ENFANT)

Nom et prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : ____/____/____

Date d'arrivée ou de départ : ____/____/____ Motif si départ : _____

Si cet accueil concerne un :

☐ **Besoin ponctuel**, préciser le nombre d'heures sur le mois (max 50h) : ____h☐ **Besoin temporaire**, préciser le nombre de jours d'accueil sur l'année civile (max 55j/an) : ____j

Nom et Prénom parent 1: _____

Adresse : _____

Tél: ____/____/____/____/____/____ Mail@: _____

Nom et Prénom parent 2 : _____

Adresse : _____

Tél : ____/____/____/____/____/____ Mail@: _____

Concernant l'accueil de cet enfant, souhaitez vous être accompagné(e) par les référents PMI: OUI ☐ NON ☐

SYNTHESE DES ACCUEILS SOUS CONTRAT A COMPTER DU : ____ / ____ / ____

E
N
F
A
N
T
S

A
C
C
U
E
I
L
L
S

| Nom – Prénom <i>(Une couleur différente par enfant qui doit être reportée sur le 2eme planning ci-dessous)</i> | Date de naissance | Nom – prénom Adresse et mail des représentants légaux |
|--|-------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Veuillez remplir le planning hebdomadaire actuel en indiquant la durée quotidienne de l'accueil pour chaque enfant.
"Utiliser le code couleur de l'enfant du précédent tableau pour chacune des tranches de son amplitude d'accueil"

P
L
A
N
N
I
N
G

E
N
F
A
N
T
S

H
E
B
D
O
M
A
I
R
E

| Heures | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| avant 6 h | | | | | | | |
| 6 h | | | | | | | |
| 7 h | | | | | | | |
| 8 h | | | | | | | |
| 9 h | | | | | | | |
| 10 h | | | | | | | |
| 11 h | | | | | | | |
| 12 h | | | | | | | |
| 13 h | | | | | | | |
| 14 h | | | | | | | |
| 15 h | | | | | | | |
| 16 h | | | | | | | |
| 17 h | | | | | | | |
| 18 h | | | | | | | |
| 19 h | | | | | | | |
| 20 h | | | | | | | |
| 21 h | | | | | | | |
| 22 h | | | | | | | |
| Après 22 h | | | | | | | |

Si nécessaire, nous transmettre en pièce jointe le Planning annexe (semaine 1, semaine 2, mensuel..)

DATE : ____ / ____ / ____

Signature :