

**MODÈLE A IMPRIMER****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 :

Tél: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / Mail@: \_\_\_\_\_

**Votre Agrément :** (cf décision d'agrément) N° D 'AGREEMENT \_\_\_\_\_

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 I S	Nom – Prénom (Une couleur différente par enfant qui doit être reportée sur le 2eme planning ci-dessous)	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 G  E N F A N T S  H E B D O M A D A I R	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							

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

DATE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :