

Fiche accueil par enfant : Arrivée/Départ

Assistant maternel :

NOM et prénom :
 Adresse :
 Ville :
 Téléphone :/.....
 Mail :
 Si vous avez un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, veuillez préciser sa ou leur date(s) de naissance :
/...../.....

Enfant : ☐ Arrivée ☐ Départ

L'enfant nécessite-t-il une prise en charge particulière ☐ oui ☐ non

NOM/PRÉNOM Date de naissance	COORDONNÉES DES PARENTS	DATE ARRIVÉE	DATE DÉPART

Tableau à compléter lors de l'arrivée de l'enfant- Si horaire irrégulier joindre le planning.

JOURS	HORAIRE
LUNDI	
MARDI	
MERCREDI	
JEUDI	
VENDREDI	
SAMEDI	
DIMANCHE	

Article R 421-39 du Code de l'action sociale et des familles, extrait du décret n°2006-1153 du 14 septembre 2006 : « L'assistant maternel est tenu de déclarer au président du Département, 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 huit jours. »

Date : Signature :



Relais Assistants Maternels
9 Bd Général Leclerc
42190 CHARLIEU

Relais Assistants Maternels
Rue du Commerce
42670 BELMONT DE LA LOIRE

Fiche Disponibilité par enfant

Assistant maternel :

NOM et prénom :
 Adresse :
 Ville :
 Téléphone :/.....
 Mail :

Enfant : ☐ Arrivée ☐ Départ

NOM/PRÉNOM Date de naissance	COORDONNÉES DES PARENTS	DATE ARRIVÉE	DATE DÉPART

- ☐ Je ne suis actuellement pas disponible pour accueillir d'enfant
☐ Je suis actuellement disponible pour accueillirenfants
☐ Je serai disponible à compter du

Mes disponibilités sont les suivantes :

- ☐ A la journée (6 h-21 h)
☐ A la journée mais avec restriction- Préciser :
☐ En périscolaire (enfant scolarisé toute la journée)
☐ En horaire particulier (nuit 21 h-6 h/ dimanche)

Autres informations :

- Accueil en dépannage (rayer les mentions inutiles) : accueil sur une période courte, en remplacement de l'assistant maternel habituel, arrêt maladie, formation) ☐ oui ☐ non
 - Accueil le samedi : ☐ oui ☐ non
 - Accueil avant 7 heures : ☐ oui ☐ non
 - Accueil après 19 h : ☐ oui ☐ non
 - Envisageriez-vous l'accueil d'un enfant en situation de handicap ou porteur de maladie chronique :

☐ oui ☐ non

-Écoles desservies :

-Autres informations :

Date : Signature : Sig