

Fiche accueil par enfant Arrivée / Départ

DOCUMENT A RETOURNER DANS LES 8 JOURS
QUI SUIVENT L'ARRIVÉE DE L'ENFANT A :

Département de la Loire - Pôle Vie Sociale
Territoire de Développement Social de Roanne
Service Assistants Maternels
31-33 rue Alexandre Raffin
42328 Roanne Cedex
☎ 04 77 23 24 17 Fax 04 77 23 24 26

Assistante maternelle :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Si vous avez un ou plusieurs enfants de moins de trois ans, veuillez préciser sa ou leur date 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 d'arrivée	Date de départ

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

JOURS	HORAIRES
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

Date :

Signature :

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 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 huit jours. »

Fiche Disponibilité par enfant

DOCUMENT A RETOURNER
AU RELAIS ASSISTANTS MATERNELS DE VOTRE SECTEUR

Relais Petite Enfance
Charlieu Belmont Communauté
1 Jardin des Musées
42190 CHARLIEU
Tél. : 04.77.60.90.79
Mail : rpe@charlieubelmont.com

Assistante maternelle :

NOM et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Enfant : ☐ Arrivée ☐ Départ (une seule fiche par enfant ou fratrie)

NOM, Prénom Date de naissance	Nom des parents, Adresse, Tel, Mail	Date d'arrivée	Date de départ

☐ Je ne suis actuellement pas disponible pour accueillir d'enfant

☐ Je suis actuellement disponible pour accueillirenfants

☐ Je serai disponible à compter du

Les disponibilités de mon agrément délivré par le département sont les suivantes :

☐ A la journée (6 h-21 h)

☐ A la journée mais avec restriction d'âge ou autre - Préciser :

☐ En périscolaire (enfant scolarisé toute la journée)

☐ En horaire particulier (nuit 21 h-6 h/ dimanche)

J'accepte les accueils :

☐ En horaire atypique

Sont considérés comme atypiques, les horaires avant 7h00 et après 20h00 ou le week-end.

☐ En temps partiel ☐ En périscolaire

☐ En urgence :

sont considérées comme urgentes les demandes correspondant à des besoins non prévisibles qui nécessitent une réponse rapide (maximum une semaine)

☐ Accueil en dépannage (rayer les mentions inutiles) : accueil sur une période courte, en remplacement de l'assistant maternel habituel, arrêt maladie, formation

☐ Accueil d'un enfant en situation de handicap ou porteur de maladie chronique

- Écoles desservies :

- Autres informations :

Date :

Signature :