

Direction générale adjointe chargée de la solidarité  
Pôle solidarité vie sociale

**FICHE DE LIAISON INDIVIDUELLE CONCERNANT L'ACCUEIL OU LE 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 huit jours.*

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

A adresser à la Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion de votre circonscription dans les 8 jours suivant :  **l'arrivée d'un enfant**      ou       **le départ d'un enfant**

DATE :

NOM et prénom de l'assistant(e) maternel(le) : .....

Adresse : .....

.....

..... n° de téléphone : .....

Date d'agrément : .....

pour.....temps complet,.....temps partiel,.....temps périscolaire.

**ENFANT :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de l'accueil : .....

ou Date de départ : .....

*Modalités de l'accueil du nouvel enfant :*

temps complet     

temps périscolaire     

temps partiel     

avec horaires atypiques        
(avant 7h, après 20h, samedi, dimanche, nuit)

**REPRESENTANT LEGAL :**

Père :

Mère :

Nom, prénom : .....

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

n° de tél : .....

n° de tél : .....

**SITUATION DE TOUS LES ENFANTS ACCUEILLIS PAR L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

Nom – Prénom (remplissez chaque case avec une couleur différente correspondant à chaque enfant)	Date de naissance	Nom – prénom Adresse et téléphone des représentants légaux
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

**Veillez remplir le planning hebdomadaire actuel en indiquant la durée quotidienne de l'accueil pour chaque enfant par des flèches de couleurs différentes correspondant au tableau précédent.**

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							

**Parmi les enfants présents, accueillez-vous un enfant nécessitant une attention particulière ?  
(difficultés, retard psychomoteur, maladies chroniques, handicap) :**

.....  
.....

Signature :