

Nom et prénom de l'assistant maternel : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

En cas d'arrivée ou de départ d'un enfant, remplir le tableau ci-dessous en reprecisant tous les enfants accueillis
(Obligation légale : article R421-39 du code de l'action sociale et des familles)

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Vaccins à jour	Nom-Prénom -Adresse Complète des 2 parents -N° Téléphone	Date du début du contrat	Date de fin du contrat	Informations complémentaires

Merci de joindre également le planning hebdomadaire

A ce jour, je dispose donc de place(s) disponible(s) pour accueillir des enfants à compter du

Formulaire à renvoyer à la puéricultrice de PMI : MME WILCZYNSKI LARA

Centre médico-social rue du clair Soleil – BP 13 70190 Rioz - Tél : 03 84 95 76 70

Ce document est téléchargeable sur le site du Conseil Départemental : <https://www.haute-saone.fr/index.php/notre-departement/competences/>
Onglets « Les centres médico-sociaux » puis « Protection maternelle infantile et actions sanitaires »

Vous trouverez ci-dessous le planning hebdomadaire.

