

AVIS DE CHANGEMENT DE SITUATION D'ACCUEIL

Vu l'article R421-39 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."

Je soussigné (e) : Nom et prénom : **Adresse :**
Nom de la MAM : **Téléphone :** **Courriel :**

déclare une modification de situation d'accueil à mon domicile :

Nom et prénom Né(e) le	Adresse et numéro de téléphone du - Parent 1 (nom/prénom) - Parent 2 (nom/prénom)	Date de début d'accueil	Date de fin d'accueil	Jours et horaires d'accueil <i>Préciser les horaires habituels d'accueil et laisser la case vide si l'enfant est absent ce jour-là</i>						
				Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Week-end	Vacances Scolaires
Nombre total d'enfants présents simultanément :										

A transmettre au :

Pôle Solidarités Humaines
Service PMI – Modes d'Accueil Enfance
CS 23109
12031 RODEZ Cedex 9

Date :

Certifié exact, L'assistant(e) Maternel(e) Signature :