



BULLETIN DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE

A retourner par l'assistant(e) maternel(le) sous 8 jours
(Article R 421-39 du code de l'Action sociale et des familles)
au **SERVICE PMI - DS 81 - Hôtel du Département - 81013 ALBI Cédex 09**
Tél : 05-63-49-02-24



L'assistant(e) maternel(le),

Mme, Mr
domicilié(e)
Tél :

DECLARE

L'ENTREE le : de L'ENFANT
né(e) le :

Nom des parents :
Adresse :
Tél :

LA SORTIE le : de L'ENFANT
né(e) le :

Nom des parents :
Adresse :
Tél :

LISTE DES ENFANTS TOUJOURS ACCUEILLIS

ENFANT : NOM - PRÉNOM DATE DE NAISSANCE	NOM ET ADRESSE DES PARENTS	Téléphone

- Je souhaite paraître sur la liste des assistant(e)s maternel(le)s remise aux parents.
- Je n'accueille pas d'enfants depuis le : Motif :
- Je demande le retrait de mon agrément d'assistant(e) maternel(le) à compter du :

Actualisé le 14/12/2017

DATE :

SIGNATURE :

