



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	NOM ET ADRESSE DES PARENTS	Téléphone

Je souhaite paraitre sur la liste des assistant(e)s maternel(le)s remise aux parents.
 Je souhaite recevoir des projets d'accueil - Nombre :
MOTIF :

JE N'ACCUEILLE PAS D'ENFANTS DEPUIS LE :
JE DEMANDE LE RETRAIT DE MON AGREMENT D'ASSISTANT(E) MATERNELLE(A COMPTER DU :

Actualisé le 10/10/2011

DATE :

SIGNATURE :