

FICHE DE LIAISON

(A REMPLIR RECTO-VERSO ET A RETOURNER IMPERATIVEMENT DANS LES 8 JOURS A CHAQUE MODIFICATION D'ACCUEIL)



SOLIDARITÉS ET COHÉSION SOCIALE
DIRECTION ENFANCE, SANTE, FAMILLE
PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
Coordination Administrative et Modes
d'Accueil Enfance
rue Heurtault de Lamerville – B.P. 612
18016 BOURGES Cedex
Tél : 02.48.55.82.05 - Fax : 02.48.55.44.41
pmi.pole-agrements@departement18.fr

NOM ET PRENOM DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) : _____
ADRESSE : _____ _____
TELEPHONE FIXE : _____ PORTABLE : _____
SERIEZ-VOUS PRET(E) A ACCUEILLIR UN ENFANT PRESENTANT UN HANDICAP OU UN TROUBLE DE LA SANTE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SERIEZ-VOUS PRET(E) A ACCUEILLIR UN ENFANT EN HORAIRES ATYPIQUES (AVANT 07 H, APRES 20 H, LE WEEK-END) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

INFORME DE L'ARRIVEE EN DATE DU _____ *s'agit-il de votre 1^{er} accueil ?* oui non
 DU DEPART EN DATE DU _____
MOTIF DE LA RUPTURE DU CONTRAT : _____

DE L'ENFANT (remplir tous les champs)

NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
NOMS ET PRENOMS DES PARENTS : _____
ADRESSE : _____
TELEPHONE DU PERE : _____ DE LA MERE : _____

RECAPITULATIF DES ENFANTS ACCUEILLIS (En cas de projet de garde, merci de transmettre une demande écrite qui fera l'objet d'une évaluation par le travailleur médico-social concerné) :

NOTEZ TOUS LES ENFANTS QUE VOUS CONTINUEZ A ACCUEILLIR ACTUELLEMENT (MEME OCCASIONNELLEMENT)

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	DATE D'ACCUEIL

DATE ET SIGNATURE
DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

DATE ET SIGNATURE
DES PARENTS

