

FICHE DE LIAISON

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



PREVENTION, AUTONOMIE ET VIE 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 NON

SERIEZ-VOUS PRET(E) A ACCUEILLIR UN ENFANT EN HORAIRES ATYPIQUES
(AVANT 07 H, APRÈS 20 H, LE WEEK-END) ? OUI NON

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

