



### Fiche de liaison

A adresser impérativement **dans les huit jours** suivant l'arrivée ou le départ d'un enfant au service de **Protection Maternelle et Infantile de la Maison du Département** dont vous dépendez. **ATTENTION, BIEN RENSEIGNER TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDEES**

#### **L'assistant maternel :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone (fixe et portable) : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### **Atteste :**

**de l'arrivée**

en date du :

de l'enfant : Nom \_\_\_\_\_ Prénom : .....

date de naissance : .....

Nom et adresse des parents : .....

Tel des parents : .....

#### **Jours de garde et horaires**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

**du départ**

en date du :

de l'enfant : Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Place disponible  oui  non

Si oui combien : \_\_\_\_\_

Fait le :

Signature :