

Annexe 15

DEMANDE ET DECISION D'ACCUEIL A TITRE EXCEPTIONNEL CHEZ UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(E)

Coordonnées de l'assistant(e) maternel(e)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : Adresse mail :

Agrément

N°

Valable du au

Pour enfant(s) de à ans

Sollicite l'autorisation d'accueillir à titre exceptionnel :

L'enfant :

Né(e) le ou âge :

Domicilié(e) :

Du au

Modalité d'accueil (*Journée, périscolaire, nuit*) :

Motif : Période d'adaptation d'un nouvel enfant confié

WWW.DOUBS.FR

- Remplacement d'un(e) Assistant(e) Maternel(e) (*Congé, formation, maladie*)
- Besoin exceptionnel d'un parent (*maladie, naissance ...*)

Date de la demande :

Avis du professionnel

Signature de l'assistant(e) maternel(le)

Favorable Défavorable

Nom, date et signature

Décision du responsable Pôle PMI ou MAPE

Avis favorable

Avis défavorable (motivation)

Date de la décision :

Signature