

**DEMANDE D'ABROGATION D'AGREMENT
AUTORISANT L'ACTIVITE D'ASSISTANT MATERNEL
(à adresser à Madame la Présidente du Département,
Service départemental de PMI – 7, avenue de la Gare d'Eau - 25031 BESANCON Cedex)**

Je soussigné,

Madame / Monsieur.....

Adresse complète.....

Code Postal - Ville.....

Agréé depuis le..... N° d'agrément :

- Ne souhaite plus exercer l'activité d'assistant maternel et renonce à bénéficier de mon agrément d'assistant maternel;
- Demande en conséquence l'abrogation (**annulation pour l'avenir**) de la décision m'ayant accordé l'agrément ;
- Demande à être radié de la liste des assistants maternels du Département du Doubs ;
- Retourne mon attestation d'agrément au service de Protection Maternelle et Infantile du Département du Doubs ;
- Déclare avoir suivi.....heures de formation

Je prends acte des conséquences de ma demande qui sont les suivantes :

- A compter de la date à laquelle la Présidente du Département du Doubs prendra la décision d'abroger mon agrément d'assistant maternel, suite à ma demande, mon agrément n'existera plus et je ne pourrai plus exercer la profession d'assistant maternel;
- Si je souhaite reprendre mon activité d'assistant maternel, je devrai faire une nouvelle demande d'agrément qui entraînera une nouvelle instruction de mon dossier ;
- La prise en compte éventuelle de mes heures de formation déjà effectuées sera, dans ce cas, laissée à l'appréciation du Médecin départemental de Protection Maternelle et Infantile, compte tenu notamment du temps écoulé depuis la cessation d'activité en tant qu'assistant maternel / familial.

Fait à

le

Signature de l'intéressé après la mention manuscrite
suivante "Je certifie avoir pris connaissance des
conséquences liées à ma demande"