



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 :