

BULLETIN D'ENTRÉE D'ENFANT

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

NOM et Prénom :

Adresse :

.....

N° de tél :

ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Père (NOM et Prénom) :

Mère (NOM et Prénom) :

.....

Adresse :

N° de tél :

DATE D'ENTRÉE DE L'ENFANT :

MODALITÉS D'ACCUEIL (*jours – horaires de présence*) :

.....

.....

.....

.....

À, le

Signature

À retourner à :

<p style="text-align: center;"><u>Pour le Secteur hors Strasbourg :</u></p> <p>M. le Président du Conseil Départemental Mission Enfance et Famille Service de Protection Maternelle et Infantile - Accueil Individuel Hôtel du Département Place du Quartier-Blanc 67964 - STRASBOURG Cedex 9</p>	<p style="text-align: center;"><u>Pour le Secteur de Strasbourg :</u></p> <p>Direction Solidarités Santé Jeunesse Service Santé et Autonomie Cellule des Assistants Maternels 1, parc de l'Étoile 67076 - STRASBOURG Cedex Mail : santeetautonomie-assistantsmaternels@strasbourg.eu</p>
--	---