

## 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 : <a href="mailto:santeetautonomie-assistantsmaternels@strasbourg.eu">santeetautonomie-assistantsmaternels@strasbourg.eu</a></p>
--	---