

ALSACE



Mission Enfance et Famille  
Service de Protection Maternelle et Infantile  
Unité Accueil Individuel

## BULLETIN DE SORTIE 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 DE SORTIE DE L'ENFANT : .....

MOTIF : .....

.....

.....

.....

À ..... le .....

Signature

#### À retourner à :

##### Pour le Secteur hors Strasbourg :

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

##### Pour le Secteur de Strasbourg :

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](mailto:santeetautonomie-assistantsmaternels@strasbourg.eu)