

# FICHE DE LIAISON

(A REMPLIR **RECTO-VERSO** ET A RETOURNER **IMPERATIVEMENT** DANS LES **8 JOURS** A CHAQUE MODIFICATION D'ACCUEIL)



## PREVENTION, AUTONOMIE ET VIE SOCIALE

### DIRECTION ENFANCE, SANTE, FAMILLE

#### PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Coordination Administrative et Modes d'Accueil Enfance

rue Heurtault de Lamerville – B.P. 612

18016 BOURGES Cedex

Tél : 02.48.55.82.05 - Fax : 02.48.55.44.41

[pmi.pole-agrements@departement18.fr](mailto:pmi.pole-agrements@departement18.fr)

### NOM ET PRENOM

DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE FIXE : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_\_

SERIEZ-VOUS PRET(E) A ACCUEILLIR UN ENFANT PRESENTANT UN HANDICAP  
OU UN TROUBLE DE LA SANTE ? OUI  NON

SERIEZ-VOUS PRET(E) A ACCUEILLIR UN ENFANT EN HORAIRES ATYPIQUES  
(AVANT 07 H, APRES 20 H, LE WEEK-END) ? OUI  NON

### INFORME

DE L'ARRIVEE EN DATE DU \_\_\_\_\_ **s'agit-il de votre 1<sup>er</sup> accueil ?** oui  non

DU DEPART EN DATE DU \_\_\_\_\_

MOTIF DE LA RUPTURE DU CONTRAT : \_\_\_\_\_

### DE L'ENFANT (remplir tous les champs)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NOMS ET PRENOMS DES PARENTS : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE DU PERE : \_\_\_\_\_ DE LA MERE : \_\_\_\_\_

**RECAPITULATIF DES ENFANTS ACCUEILLIS** (En cas de projet de garde, merci de transmettre une demande écrite qui fera l'objet d'une évaluation par le travailleur médico-social concerné) :

NOTEZ TOUS LES ENFANTS QUE VOUS CONTINUEZ A ACCUEILLIR ACTUELLEMENT (MEME OCCASIONNELLEMENT)

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	DATE D'ACCUEIL

