



PÔLE AIDE À LA PERSONNE
DIRECTION DE L'ENFANCE ET
DE LA FAMILLE
Service de Protection Maternelle et Infantile

BULLETIN DE SORTIE D'ENFANT

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

NOM et Prénom :

Adresse :

.....

ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance :

A quitté le :

MOTIF :

.....
.....
.....
.....

A, le

Signature

A retourner à :
M. le Président du Conseil Départemental
Pôle Aide à la Personne
Service de Protection Maternelle et Infantile - Assistants Maternels
Hôtel du Département - Place du Quartier Blanc
67964 STRASBOURG Cedex 9