



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

BULLETIN D'ENTRÉE D'ENFANT

ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

NOM et Prénom :

Adresse :

.....

ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance :

Père (NOM et Prénom) :

Mère (NOM et Prénom) :

.....

Adresse :

DATE D'ENTREE DE L'ENFANT :

OBSERVATIONS : (modalités d'accueil, heures de présence) :

.....

.....

.....

.....

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