

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Nous soussignés :

Mr : ..... Mme : .....

Autorisons, en cas d'urgence, le médecin à pratiquer une intervention médicale et/ou chirurgicale avec anesthésie générale sur notre enfant.

Nom et prénom : .....né (e) le.....

Groupe sanguin : .....

Allergies connues : .....

Médicaments interdits : .....

Autre : .....

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

## AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MEDICAMENTS

Nous soussignés :

Mr : ..... Mme : .....

Autorisons Mr. ou Mme : ....., assistant(e) maternel(le) à donner à notre enfant : .....

Les médicaments prescrits par le médecin et joignons l'ordonnance en cours de validité.

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

## AUTORISATION DE PRENDRE L'ENFANT AU DOMICILE DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

☞ L'enfant ne peut être remis, sauf autorisation, à d'autres personnes que celles (parents ou responsables) ayant signé ce contrat.

Nous soussignés :

Mr : ..... et Mme .....

Adresse : .....

Tél. : .....

**Autorisons :**

Mr ..... Mme .....

Adresse : .....

Tél. : .....

A prendre notre enfant .....

Au domicile de son assistant(e) maternel(le), Mme .....

Fait à ..... le .....

Signature

☞ En cas de problèmes particuliers, **de situation grave** et à condition d'en avertir les parents à l'avance, l'assistante maternelle pourra confier **exceptionnellement** et **momentanément** l'enfant à une tierce personne majeure.

**Oui**                       **Non**

**Si oui :**

Autorisons M..... à confier notre enfant .....

à M .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Conditions : .....

*L'assistant(e) maternel(le) reste toutefois seul(e) responsable de l'enfant, même s'il y a une autorisation écrite des parents*

Fait à ..... le .....

Signature du père

Signature de la mère

## AUTORISATION DE VEHICULER L'ENFANT

Nous soussignés :

Monsieur : ..... Madame : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Autorisons M.....assistant(e)  
maternel(le) à circuler en voiture avec notre enfant.

Nom : .....Prénom : .....

- A condition que l'assistant(e) maternel (le) soit assuré(e) pour le transport d'enfant et respecte toutes les règles de sécurité routière.

- L'enfant devra être obligatoirement assis dans un siège homologué et adapté à son âge, attaché avec la ceinture de sécurité, ainsi qu'avec les harnais du siège auto.

Assurance du véhicule "transport professionnel" :

Nom : .....

N°contrat.....

N°Sociétaire.....

Indications particulières : .....

.

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

## AUTORISATION DE SORTIES

Nous soussignés :

Monsieur : ..... Madame : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Autorisons Mme.....assistant(e) maternel(le),  
sous réserve d'en être préalablement informés, à accompagner notre enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

- |  |   |
|--|---|
| ☞ Au Relais Assistantes Maternelles                      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| ☞ Aux ateliers d'éveil ou animations proposés par le RAM | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| ☞ Dans les parcs   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| ☞ A la bibliothèque                                      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| ☞ A la Piscine   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| ☞ Autre (à préciser) .....                               |   |
| ☞ Indications particulières : .....                      |   |

### *De même, Les parents autorisent :*

- |   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| ☞ L'enfant à regarder modérément la télévision  | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| ☞ L'enfant à utiliser modérément les jeux vidéos<br>et tout autre système informatique  | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| ☞ L'enfant à utiliser des jeux tels que portiques,<br>Toboggan, vélo, patins à roulettes, piscine<br>Dans les conditions requises de sécurité | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |

☞ Autre ( voir Livret d'accueil).....

.....

.....

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

## AUTORISATION DE PRENDRE L'ENFANT EN PHOTO

Nous soussignés :

Monsieur : ..... Madame : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

☞ Autorisons l'Assistant(e) Maternel(le) à prendre notre enfant en photo en respectant sa personne et conformément aux lois en vigueur  Oui  Non

Précisions particulières : .....

.....

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

.....

## AUTORISATION DE PRENDRE L'ENFANT EN PHOTO AU RAM

*Partie à détacher et à remettre à l'animatrice du relais*

Nous soussignés :

Monsieur : ..... Madame : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Parents de (Nom Prénom de

l'enfant) : .....

☞ Autorisons le RAM à prendre des photos de notre enfant pendant les animations collectives à des fins purement professionnelles :

- Utilisation éventuelle dans le journal du relais ou le bulletin municipal etc.

- Utilisation éventuelle dans le journal "LA MONTAGNE" ou autre.

- Archiver sur un CD pour diffuser éventuellement au RAM, dans d'autres relais ou CAF, Conseil général, PMI ou autres structures partenaires en relation directe avec la petite enfance.

*(Merci de cocher les cases pour autorisation)*

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

## AUTORISATION DE BAINNADE

La noyade reste la première cause de décès par accident domestique chez les enfants de 1 à 4 ans. L'accident est toujours dû à un instant d'inattention.

Face à ce constat, le Bureau du Conseil Général a décidé d'adopter le règlement ci-dessous concernant la sécurité des piscines et autres points d'eau situés au domicile des assistant(e)s maternel(le)s.

Le non respect de ce règlement édicté par le Conseil Général, constaté par les travailleurs sociaux peut entraîner une suspension d'agrément le temps d'une mise en conformité, voire un retrait à défaut.

### REGLEMENT CONCERNANT LA SECURITE DES PISCINES.

☞ *Pour les piscines enterrées, les piscines hors sol et autres points d'eau* : obligation d'installer une barrière de protection d'une hauteur de 1m10 minimum à barreaux verticaux < 9 cm équipée d'un portillon fermé à clef (clef retirée)

☞ *Pour les piscines gonflables ou coquilles* : ne pas dépasser 15 cm d'eau et vider systématiquement après chaque baignade. Si impossibilité de vider, installer une barrière réglementaire.

☞ *Les assistant(e)s maternel(le)s doivent* :

- Signaler la présence ou l'installation d'une piscine au service de l'UTAS
- Mettre leur piscine aux normes de sécurité (loi du 3-01-2003 et décret du 7-06-2004)
- Respecter les règles suivantes :
  - Posséder l'accord écrit des parents dans le cadre du contrat pour que leurs enfants puissent se baigner
  - Equiper les enfants de matériel d'aide à la flottaison (brassard, maillot flotteur)
  - Surveiller l'environnement de la piscine : propreté, pas de sol glissant

Nous, soussignés Mme, Mr \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Autorisons notre enfant (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

A se baigner dans la piscine de \_\_\_\_\_

(assistant(e) maternel(le), à condition que toutes les règles de sécurité et d'hygiène réglementaires soient respectées.

Signature des 2 parties :

## MODELES DE PLANNING / HORAIRES REGULIERS

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
De..... A.....							

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

## MODELES DE PLANNING / HORAIRES MENSUELS

Mois de

	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	+	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				

*Hachurer le temps de présence chez l'assistante maternelle*

Fait à .....le.....

Signature du père

Signature de la mère

**MODELE D'AVENANT AU CONTRAT**

**Avenant portant modification au contrat de travail**

**ENTRE LE PARENT EMPLOYEUR**

Monsieur ou Madame (Personne déclarée comme employeur au niveau de la Paje-Emploi  
.....

Adresse : .....

Tél. : .....

**ET L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE )**

Monsieur ou Madame  
.....

Adresse : .....

Tél. : .....

**POUR L'ENFANT**

Nom, Prénom : .....

**🔗 OBJET DE LA MODIFICATION AU CONTRAT INITIAL**

- Conclu le .....

Objet faisant référence à la page n°: .....

Contenu : .....

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

- Date d'exécution : .....

Fait à.....le.....

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé »

Le parent employeur

L'assistant(e) maternel (le)

MODELE DE CERTIFICAT DE TRAVAIL

Je soussigné,

Monsieur ou Madame (personne déclarée comme employeur au niveau de la Page Emploi)

.....

Adresse : .....

Tél. : .....

N° URSSAF : /\_/\_/\_/\_ /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Certifie avoir employé en qualité d'Assistant(e) maternel(le) agréé(e)

Monsieur ou Madame : .....

Adresse : .....

Monsieur ou Madame.....employé(e)du.....au .....

me quitte libre de tout engagement.

Fait à.....le.....

Signature de l'employeur

## ADRESSES UTILES

**SAMU : 15    SECOURS européens : 112**  
**POLICE : 17**  
**CENTRE ANTI POISON (Lyon) : 04.72.11.69.11**  
**ENFANCE MALTRAITEE : 0.800.05.41.41 ou 119**  
**CONGES DE PATERNITE : 0.800.608.608**

### **URSSAF**

9,11 rue Achille Roche  
BP 1665  
03300 Moulins  
**04.70.48.38.86**  
[www.urssaf.fr](http://www.urssaf.fr)

### **M.S.A.**

10, Avenue Meunier  
03000 Moulins  
**04.70.35.36.37**

### **CAF**

9 rue Achille Roche  
03300 Moulins  
04.70.48.39.39  
[www.allier.caf.fr](http://www.allier.caf.fr)

### **PAJEMPLOI**

Réseau URSSAF  
63013 Le Puy en Velay  
[www.pajemploi.urssaf.fr](http://www.pajemploi.urssaf.fr)

### **FEPEM**

Renseignements  
parents employeurs  
0825 07 64 64  
[www.fepem.fr](http://www.fepem.fr)

**Direction Départementale  
du Travail, de l'Emploi et  
de la formation  
professionnelle de l'Allier**  
12, rue de la Fraternité  
**03000 MOULINS**  
**04.70.48.18.32**

### **UTAS MOULINS**

Unité territoriale  
d'action sociale  
Château de Bellevue  
Entrée A 2<sup>ème</sup> étage  
Rue Aristide Briand  
03400 Yzeure  
**04.70.35.72.00**

### **SNPAAM**

Syndicat national  
Professionnel des  
assistants et Assistantes  
maternelles  
04.94.76.70.23  
[www.Assistante-Maternelle.org](http://www.Assistante-Maternelle.org)

### **IRCEM**

03.80.45.35.22  
[www.ircem.fr](http://www.ircem.fr)

Parents et Assistantes Maternelles, vous avez un soucis particulier ou besoin d'un  
renseignement  
vous pouvez contacter

Le Relais Assistantes Maternelles de votre commune  
La puéricultrice de votre secteur au centre Médico-social

*Les informations données par les RAM sont d'ordre général et ne sont pas de nature à  
engager la responsabilité de la structure ni de son personnel*