

**Autorisation de transfert,  
d'hospitalisation et d'intervention médicale  
ou chirurgie d'urgence**

*En cas d'urgence*

Je soussigné(e).....

Autorise l'hospitalisation de l'enfant .....

Né(e) le : .....

A l'hôpital de : .....

A la clinique de : .....

J'autorise le médecin à pratiquer en urgence les soins nécessaires.

Fait à :.....

Le :.....

*Signature des parents :*

*Monsieur*

*Madame*

**Renseignements médicaux  
concernant l'enfant**

**Cette feuille est à remplir par les parents à partir du carnet de santé de l'enfant.**

Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au médecin qui serait appelé par l'assistant(e) maternel(le) en cas d'urgence.

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Confié(e) à Madame, Monsieur : ....., assistant(e) maternel(le) agréé(e).

Traitement de longue durée en cours si administration nécessaire pendant le temps d'accueil de l'enfant :

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

Allergies :

.....  
.....

Médicaments interdits :

.....  
.....

**Vaccinations obligatoires** : (à réactualiser en cours d'accueil)

DT Polio (ou Pentacoq : préciser) : .....

1<sup>ère</sup> injection : ..... 2<sup>ème</sup> injection : .....

3<sup>ème</sup> injection : ..... 1<sup>er</sup> rappel : .....

**Vaccinations facultatives** :

ROR : ..... Hépatite.....

Autres : .....

Date : .....

*Signature des parents :*

Monsieur

Madame

**Autorisation de participer  
aux temps collectifs**

Nous soussignés Mme. / M. ....

Parent(s) de l'enfant:

.né(e)le :.....

Autorise Madame, Monsieur ..... assistant (e) maternel(le) agréé(e),

à amener mon enfant aux temps d'accueil collectifs organisés par :

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

**Photos films :**

Au cours de ces temps collectifs, votre enfant peut être occasionnellement photographié ou filmé.

Ces photos seront utilisées exclusivement sur des supports de communication de la collectivité et la presse locale pour des articles occasionnels.

Donnez-vous votre accord ?

OUI  NON

Fait à .....le .....

Signature des employeurs

Monsieur

Madame

# LES TRANSPORTS

Les parents  autorisent  
 n'autorisent pas

L'assistant maternel ou une autre personne **agr ee**   transporter l'enfant :

En voiture .

En Bus

Conditions du transport :

- ✓ qu'il respecte les normes de sécurité en vigueur (sièges homologués, ceinture de sécurité, verrouillage de sécurité des portières)
- ✓ qu'il possède une assurance spécifique « **transport d'enfants** » dans le cadre de son activité professionnelle (présenter l'attestation d'assurance aux parents) :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....  
.....

Né de la police d'assurance : .....

## AUTORISATION DE TRANSPORT

➤ Sur la commune du lieu d'accueil      oui                       non

➤ En dehors de la commune              oui                       non

Sur les communes suivantes : .....

Si les parents autorisent une autre personne **agr ee** que l'assistant maternel à transporter l'enfant, noter ses coordonnées :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :  
.....  
.....  
.....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance :  
.....  
.....

Né de la police d'assurance : .....

Signature des employeurs :

Signature de l'assistant(e) maternel(le) :

Monsieur

Madame :

## POSSIBILITE DE DEPANNAGE DE L'ASSISTANTE MATERNELLE

**Les services de PMI devront toujours être informé du lieu d'accueil de l'enfant.**

**Pour les journées de formation ou en cas d'urgence les parents autorisent l'assistant(e) maternel (le) à confier l'enfant pour une courte durée à :**

La halte-garderie. Coordonnées :

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

Une autre assistant(e) maternel (le) agréé(e). Coordonnées :

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

## ENGAGEMENT RECIPROQUE

Les futurs employeurs et salarié peuvent se mettre d'accord sur le principe de la conclusion à un moment donné, d'un contrat de travail relatif à l'accueil d'un enfant. (Annexe IV convention collective)

Suite au contact pris ce jour :...../...../.....

Entre

Monsieur ou Madame

.....  
Adresse :  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
E-mail : .....

Et

Monsieur ou Madame, Assistant maternel,.....

Adresse :  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
E-mail : .....

Pour l'accueil de l'enfant : .....  
Il est convenu d'une promesse d'embauche avec signature de contrat à compter du :  
...../...../.....

Sur les bases suivantes :

- Durée mensuelle de l'accueil : .....
- Rémunération brute : .....

**Si l'une des parties décide de ne pas donner suite à cet accord de principe, elle versera à l'autre une indemnité forfaitaire compensatrice calculée sur la base d'un demi mois par rapport au temps d'accueil prévu.**

Signature du futur employeur  
(Précédée de : Lu et approuvé)

Signature du futur salarié  
(Précédé de : Lu et approuvé)

AVENANT AU CONTRAT

**Avenant N° ....**

**❖ Objet(s) de la ou des modifications :**

---

---

---

Entre M. et Mme. \_\_\_\_\_  
Et M. (ou Mme) \_\_\_\_\_ assistant(e) maternel(le)  
agrée.

**❖ Contenu de la modification portant sur l' article N° ..... du présent contrat :**

---

---

---

---

**❖ Contenu de la modification portant sur l' article N° ..... du présent contrat :**

---

---

---

---

**❖ Contenu de la modification portant sur l' article N° ..... du présent contrat :**

---

---

---

---

**❖ Date d' exécution : \_\_\_\_\_**

Le (date)

Signature de l' employeur  
(Précédée de : Lu et approuvé)

Signature du salarié  
(Précédée de : Lu et approuvé)

## CERTIFICAT DE TRAVAIL

Nous, soussignés :

Monsieur \_\_\_\_\_

Madame \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° URSSAF ou PAJEMPLOI \_\_\_\_\_

Certifions avoir employé Madame ou Monsieur \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_

En qualité d'assistant(e) maternel (le), du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Madame ou Monsieur \_\_\_\_\_ nous quitte libre de tout engagement.  
En foi de quoi, nous délivrons le présent certificat pour faire valoir et servir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

Signature des employeurs :

Monsieur

Madame

**RECU POUR SOLDE DE TOUT COMPTE**

**Je soussigné (nom, prénoms)**

**Demeurant à (adresse du salarié)**

**Employé par (nom et adresse de l'employeur)**

**Jusqu'au (date de la fin du contrat)**

**Reconnaît avoir reçu pour solde de tout compte les sommes suivantes :**

- Salaire du mois de (.....) : .....euros nets
- Solde des heures supplémentaires .....euros nets
- Autres : .....euros nets
- Indemnité compensatrice congés payés) : .....euros nets
- Indemnité compensatrice de préavis : .....euros nets
- Indemnité de licenciement : .....euros nets

Soit une somme totale nette de : (en lettres et en chiffres).....euros

Conformément à l'article L. 1234-20 du Code du travail, je reconnais être informé de la possibilité de dénoncer le présent reçu pour solde de tout compte jusqu'au (délai de six mois suivant la signature), délai au-delà duquel je ne pourrai plus contester les sommes qui y sont mentionnées.

Le présent reçu pour solde de tout compte a été établi en double exemplaire dont un m'a été remis.

Fait à ..... , le .....

Signature précédée de la mention manuscrite "Reçu pour solde de tout compte".