

**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*

**RENSEIGNEMENT 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 de l'enfant:.....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 :**

➤ **Pour les enfants nés avant le 01 janvier 2018 :**

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 : .....

➤ **Pour les enfants nés après le 01 janvier 2018 :**

Joindre une copie des pages de vaccination du carnet de santé.

Le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 rend obligatoire la vaccination des enfants contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, l'haemophilus influenzae de type B, l'hépatite B, les infections à pneumocoques, à méningocoques de type C, la rougeole, la rubéole et les oreillons

Fait à :.....

Le :.....

Signature des parents :

Monsieur

Madame

**AUTORISATION DE PARTICIPER  
AUX TEMPS COLLECTIFS**

Nous soussignés Mme / Mr.....

Parent(s) de l'enfant .....

Né (e) le.....

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

A emmener mon enfant aux temps d'accueil collectifs organisés par le relais et le relais itinérant

Ainsi qu'à utiliser les locaux et les jeux du relais en dehors des activités du RAM et sans la présence de l'animatrice.

**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 parents :*

*Monsieur*

*Madame*

<b>LES TRANSPORTS</b>
-----------------------

Les parents :  autorisent  
 N'autorisent pas

L'assistant(e) maternel(le) ou une autre personne **agréée**   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 de la compagnie 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 : .....  
.....

Signature des employeurs :

*Monsieur*

*Madame*

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

**POSSIBILITE DE DEPANNAGE DE  
L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

**Les services de la 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 une courte durée à :

La halte garderie. Coordonnées :

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

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

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

*Signature des employeurs :*

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

*Monsieur*

*Madame*

**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 de la convention collective)

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

**Entre**

Monsieur ou Madame : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
E-mail : .....

**Et**

Monsieur ou Madame, Assistant(e) maternel(le) : .....  
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 des employeurs :  
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature de l'assistant (e) maternel(le)  
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Monsieur

Madame

**AVENANT AU CONTRAT**

*Avenant N°.....*

❖ Objet(s) de la ou des modifications :

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

Entre Mr et Mme .....  
Et Mr ou Mme.....assistant(e) maternel(le) agréé.

❖ 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 : ..... / ..... / .....

Fait à .....

Le .....

*Signature des employeurs :*

*(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)*

*Signature du salarié :*

*(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)*

*Monsieur*

*Madame*

**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**

**Nous soussigné (nom, prénoms)**

**Demeurant à (adresse du salarié)**

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

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

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

- Salaire du mois (.....) : ..... 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'as été remis.

Fait à ....., le.....

*Signature précédée de la mention manuscrite « Reçu pour solde de tout compte ».*

## LES DATES DE CONGES DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

Elles sont fixées par l'employeur. Cependant dans le cadre de multi-employeurs, compte-tenu des contraintes professionnelles du salarié, pour lui permettre de prendre effectivement des jours de repos, les différents employeurs et le salarié s'efforceront de fixer d'un commun accord et par écrit au plus tard le 1er mars de chaque année, la date des congés de l'assistant(e) maternel(le). Si un accord n'est pas trouvé, le salarié pourra fixer lui-même les dates de ses congés, que ses congés soient payés ou sans solde). Elle avertira les employeurs dans les mêmes délais.

Assistant(e) maternel(le) :

NOM : .....

Prénom : .....

Parent(s) employeur(s) :

NOM(S) et Prénom(s) : .....

Dates choisies pour l'année ..... :

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Date : .....

Signature Parent(s) employeur(s) :

Signature Assistant(e) maternel(le) :

Dates choisies pour l'année ..... :

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Date : .....

Signature Parent(s) employeur(s) :

Signature Assistant(e) maternel(le) :

Dates choisies pour l'année ..... :

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Date : .....

Signature Parent(s) employeur(s) :

Signature Assistant(e) maternel(le) :

Dates choisies pour l'année ..... :

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Du.....Au.....

Date : .....

Signature Parent(s) employeur(s) :

Signature Assistant(e) maternel(le) :