

AUTORITÉ PARENTALE

Autorité parentale exercée par : _____

Nous soussignons, Mme/Mr. _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir la garde alternée / élargie / réduite de l'enfant :

Et Mme/Mr. _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir la garde alternée / élargie / réduite de l'enfant :

Modalités concernant l'arrivée et le départ de l'enfant, nombre de semaines chez chaque parent :

*À la demande de l'assistant maternel, les parents devront fournir une copie de la notification de droit de garde délivrée par le juge.
L'assistant maternel devra être informé de toute modification.*

Fait à _____, le ____/____/____

LES PARENTS OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Date et signature

DELEGATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), **Madame Petit Marie**, parent de **Petit Lucas**, autorise **Madame Martin Sophie**, assistant-e maternel-le, à confier mon enfant à

Nom / Prénom : _____

Lien avec l'assistant-e maternel-le _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Conditions :

Règlementation

En aucun cas, l'assistant maternel ne doit confier l'enfant aux personnes non mentionnées, par écrit, par les signataires du contrat. Même avec l'accord des parents-employeurs, l'assistant maternel n'est pas autorisé à déléguer l'accueil à un tiers, y compris pour les conduites scolaires, la surveillance de la sieste..., ce pour effectuer toute démarche ou activité personnelle (course, coiffeur, médecin, sport...). Sa responsabilité est pleine et entière à tout moment de l'accueil.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

Date et signature

DÉLÉGATION D'ACCUEIL EN MAM

Je soussigné(e), **Madame Petit Marie**, parent-employeur de l'enfant **Petit Lucas**, autorise **Madame Martin Sophie**, assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat, exerçant au sein d'une Maison d'Assistant(e)s Maternel(le)s, à déléguer ponctuellement l'accueil de mon enfant à un ou plusieurs assistant(e)s maternel(le)s exerçant dans la même MAM, dans les conditions définies ci-dessous.

Acceptation de la délégation

Le parent-employeur accepte que l'accueil de son enfant puisse être délégué ponctuellement à un ou plusieurs assistant(e)s maternel(le)s exerçant dans la même MAM :

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

Assistant(e)s maternel(le)s délégataires autorisé(e)s

L'enfant ne pourra être confié qu'aux assistant(e)s maternel(le)s expressément mentionné(e)s dans le tableau ci-dessous.

Nom / Prénom	Naissance	Agrément	Assurance RC Pro	Accord	Signature
	__ / __ / __ à	Depuis __ / __ / __ Jusqu'au __ / __ / __	Sté : N° :	☐ Accord ☐ Refus	
	__ / __ / __ à	Depuis __ / __ / __ Jusqu'au __ / __ / __	Sté : N° :	☐ Accord ☐ Refus	
	__ / __ / __ à	Depuis __ / __ / __ Jusqu'au __ / __ / __	Sté : N° :	☐ Accord ☐ Refus	

En l'absence d'accord signé par l'assistant(e) maternel(le) concerné(e), l'accueil de l'enfant ne pourra pas lui être délégué.

Conditions de la délégation

La délégation d'accueil est autorisée uniquement dans le cadre du fonctionnement de la MAM. Elle permet, lorsque cela est nécessaire, qu'un(e) autre assistant(e) maternel(le) de la MAM, désigné(e) dans le présent document, assure temporairement l'accueil de l'enfant.

Cette délégation peut notamment intervenir pour faciliter l'organisation quotidienne de la MAM, assurer une continuité d'accueil courte et ponctuelle, ou permettre la prise en charge de l'enfant par un(e) autre professionnel(le) déjà identifié(e) et autorisé(e) par le parent-employeur.

Conditions particulières éventuelles :

Limites de la délégation

La délégation d'accueil ne modifie pas le contrat de travail conclu entre le parent-employeur et l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat.

Elle ne doit pas entraîner de dépassement de la capacité d'accueil prévue par l'agrément de l'assistant(e) maternel(le) délégataire, ni de dépassement des règles relatives à la durée d'accueil.

Elle ne peut pas avoir pour effet de remplacer durablement l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat pendant une période d'absence, de congés, de maladie, de formation ou de suspension du contrat.

Les obligations contractuelles entre l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat et le parent-employeur restent inchangées.

Rémunération

La délégation d'accueil ne donne lieu à aucune rémunération spécifique de la part du parent-employeur au bénéfice des assistant(e)s maternel(le)s délégataires.

Le salaire reste dû à l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat, selon les conditions prévues au contrat de travail.

Assurances

Chaque assistant(e) maternel(le) exerçant au sein de la MAM doit être couvert(e) par une assurance responsabilité civile professionnelle. Cette assurance doit couvrir l'activité exercée au sein de la MAM et, le cas échéant, la délégation d'accueil.

Chaque assistant(e) maternel(le) doit être en mesure de présenter chaque année une attestation d'assurance au parent-employeur.

En cas d'utilisation d'un véhicule personnel pour transporter l'enfant, l'assistant(e) maternel(le) concerné(e) doit être couvert(e) par une assurance autorisant le transport d'enfants dans le cadre de son activité professionnelle.

Information et documents remis

Le parent-employeur reconnaît avoir été informé du principe de la délégation d'accueil en MAM, de ses conditions, de ses limites et de l'identité des assistant(e)s maternel(le)s délégataires autorisé(e)s.

L'accord de chaque assistant(e) maternel(le) auquel l'accueil peut être délégué est annexé au contrat de travail de l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat.

Chaque assistant(e) maternel(le) ayant donné son accord reconnaît recevoir une copie du contrat de travail de l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat, dans les conditions prévues par la réglementation.

Le parent-employeur pourra retirer cette autorisation par écrit. Le retrait prendra effet à compter de sa réception par l'assistant(e) maternel(le) titulaire du contrat, sauf accord différent entre les parties.

Fait à _____, le ____/____/____ en autant d'exemplaires que nécessaire.

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) TITULAIRE DU CONTRAT

Martin Sophie

Date et signature

Date et signature

ATTESTATION INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), **Madame Petit Marie**, parent de **Petit Lucas**, autorise expressément Madame Martin Sophie à faire appel sans délai aux services de secours compétents (SAMU, SMUR, pompiers, médecin urgentiste) en cas d'accident, de malaise ou de situation médicale d'urgence survenant pendant le temps d'accueil.

J'autorise également, si l'état de santé de mon enfant le nécessite, son transport vers un centre hospitalier ou établissement de soins, ainsi que la réalisation de tout acte médical d'urgence jugé nécessaire par les professionnels de santé, y compris :

- l'hospitalisation,
- les examens médicaux,
- l'anesthésie,
- une intervention chirurgicale,
- et, le cas échéant, une transfusion sanguine.

Informations complémentaires

Numéro de sécurité social relatif à l'enfant :

Allergies connues de l'enfant (médicaments, anesthésiques...) :

Centre hospitalier de préférence :

Nom :

Adresse

Téléphone :

Fait à

 , le ____/____/____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

Date et signature

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), Madame Petit Marie, parent-employeur

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

Madame Martin Sophie à prendre des photos et/ou des vidéos, sur quelque support vidéo que ce soit (appareil photo ou vidéo, téléphone portable, tablette...) dans le cadre de ses activités de prise en charge et d'accueil de notre enfant : **Petit Lucas**

Ces images :

☐ Sont exclusivement réservées au parent employeur pour témoigner des activités de son enfant, lors des temps d'accueil chez l'assistant maternel et sont supprimées du support après être données

☐ Peuvent être fixées, reproduites, communiquées et exploitées, sous toute forme et tout support, dans le cadre de promotion de l'activité de l'assistant maternel.

Règlementation

Il est interdit de photographier et de filmer une personne se trouvant dans un lieu privé, et à plus forte raison d'exploiter financièrement son image, sans son consentement ou celui de ses représentant légaux si cette personne est mineure. Toute utilisation ou parution de photographies ou de films sur lesquels apparaît l'enfant accueilli sans autorisation écrite préalable des parents, non prévue ci-dessus et sans respect de la réglementation en vigueur est strictement interdite.

Fait à _____, le ____/____/____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

Date et signature

LISTE DES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e), Madame Petit Marie, parent de Petit Lucas, autorise les personnes suivantes à être contactées par Madame Martin Sophie , assistant-e maternel-le, en cas d'urgence et sans réponse de ma part.

Mr/Mme Nom et Prénom	Coordonnées	Lien avec l'enfant

Fait à _____, le ____/____/____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

Date et signature

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

Je soussigné(e), Madame Petit Marie, parent de Petit Lucas, autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant au domicile de Madame Martin Sophie assistant-e maternel-le.

Mr/Mme Nom et Prénom	Coordonnées	Lien avec l'enfant

L'assistant maternel a l'obligation d'exiger la présentation d'une pièce d'identité de toutes personnes susceptibles de venir chercher l'enfant à son domicile.

- Le parent-employeur devra :
- informer l'assistant maternel de tout changement dans leur situation familiale (séparation ou divorce).
 - s'assurer du respect des modalités de garde prévues par le jugement dans le cadre de leur exercice de l'autorité parentale et du droit de garde.

Fait à _____, le ____/____/____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR
Petit Marie

Date et signature

AUTORISATIONS LIÉES A LA SANTÉ DE L'ENFANT

Vaccinations

Je soussigné(e), **Madame Petit Marie**, parent de **Petit Lucas**, atteste avoir fourni à **Madame Martin Sophie**, assistant-e maternel-le, la copie des pages de vaccination du carnet de santé ou tout document remis par un professionnel de santé attestant que l'enfant est bien à jour de ses vaccinations obligatoires.

Autorisation administration médicaments (Décret n°2021-1131 du 30 août 2021)

Je soussigné(e), **Madame Petit Marie**, parent de **Petit Lucas**

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

Madame Martin Sophie, l'assistant-e maternel-le à administrer à notre enfant des soins ou des traitements médicaux.

Règlementation

AVANT D'ADMINISTRER LES SOINS OU LES TRAITEMENTS MÉDICAUX, l'assistant maternel procède aux vérifications suivantes :

- Le médecin n'a pas expressément prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical
- Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ont expressément autorisé par écrit ces soins ou traitements médicaux
- Le médicament ou le matériel nécessaire a été fourni par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant
- L'assistant maternel réalisant les soins ou traitements médicaux dispose de l'ordonnance médicale prescrivant les soins ou traitements ou d'une copie de celle-ci et se conforme à cette prescription
- Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ont préalablement expliqué à l'assistant maternel le geste qu'il lui est demandé de réaliser.

Chaque geste fait l'objet d'une inscription immédiate dans un registre dédié précisant :

- Le nom de l'enfant
- La date et l'heure de l'acte
- Le nom de l'assistant maternel l'ayant réalisé ainsi que, le cas échéant, le nom du médicament administré et la posologie.

L'aide à la prise des médicaments engage la responsabilité civile et pénale de l'assistant-e maternel-le.

Médecin traitant

En cas d'urgence, l'assistant-e maternel-le peut contacter le médecin traitant de **Petit Lucas**

Docteur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

Date et signature

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e), Madame Petit Marie, parent de Petit Lucas, autorise l'assistant·e maternel·le Madame Martin Sophie

À transporter l'enfant :

☐ dans son véhicule	☐ en bus	☐ en vélo
☐ en métro	☐ en tramway	

en respectant la législation et les conditions de sécurité en vigueur (équipement des sièges, assurance du véhicule comprenant la clause particulière de couverture pour le transport de l'enfant accueilli, casque...).

Pour les déplacements suivants :

☐ Relais Petite Enfance	☐ Ludothèque	☐ Bibliothèque
☐ Lieu d'Accueil Parent Enfants	☐ Associations des AM	☐ Parcs
☐ Déplacements liés au trajet scolaire que sera amené à faire l'assistant maternel pour les enfants accueillis et/ou pour ses propres enfants		
☐ Autres : _____		

Fait à _____, le ____/____/____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR

Petit Marie

Date et signature

ANNEXE - ACCUEIL DE L'ENFANT EN CAS DE MALADIE

Cette annexe précise les conditions dans lesquelles Madame Martin Sophie, assistant-e maternel-le, accepte ou non l'accueil de Lucas Petit en cas de maladie, afin d'assurer la sécurité, le bien-être de l'enfant et la protection des autres enfants accueillis.

Principes généraux

- L'assistant-e maternel-le s'engage à accueillir l'enfant dans la mesure où son état de santé le permet et ne compromet ni sa sécurité, ni celle des autres enfants.
- Les parents s'engagent à informer l'assistant-e maternel-le dès l'apparition de symptômes ou d'un diagnostic médical.

Liste des maladies et conditions d'accueil

Maladie / Situation	Acceptation (Oui / Non)	Conditions / Commentaire
Rhinopharyngite / Rhume	_____	_____
Angine	_____	_____
Angine streptococcique	_____	_____
Otite	_____	_____
Bronchiolite	_____	_____
Bronchite	_____	_____
Grippe	_____	_____
Laryngite	_____	_____
Gastro-entérite	_____	_____
Conjonctivite (bactérienne)	_____	_____
Conjonctivite (virale)	_____	_____
Covid-19 / infection respiratoire aiguë	_____	_____
Mains-pieds-bouche	_____	_____
Scarlatine	_____	_____
Varicelle	_____	_____
Rougeole	_____	_____

Maladie / Situation	Acceptation (Oui / Non)	Conditions / Commentaire
Oreillons	_____	_____
Cinquième maladie	_____	_____
Coqueluche	_____	_____
Poux / lentes	_____	_____
Gale	_____	_____
Impétigo	_____	_____
Herpès labial	_____	_____
Molluscum contagiosum	_____	_____
Mycose cutanée	_____	_____
Fièvre # 38°C	_____	_____
Diarrhée	_____	_____
Vomissements	_____	_____
Traitement à administrer	_____	_____

Procédure et engagements en cas de maladie

- En cas de maladie constatée pendant l'accueil, les parents sont immédiatement prévenus et s'engagent, selon les éléments ci-dessus, à venir le récupérer dans les meilleurs délais.
- Les parents s'engagent à informer l'assistant-e maternel-le de toute maladie diagnostiquée, à fournir les traitements, ordonnances et protocoles nécessaires (PAI le cas échéant), et à respecter les périodes d'éviction en vigueur.
- L'assistant-e maternel-le s'engage à tenir un registre des médicaments administrés et à informer les parents de tout changement dans l'état de santé de l'enfant.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ en 2 exemplaires

LE PARENT-EMPLOYEUR
Petit Marie

L'ASSISTANT-E MATERNEL-LE
Martin Sophie