

Guide de la relation Parent employeur / Assistant maternel + d'infos :

- www.pajemploi.urssaf.fr
- www.caf.fr
- www.mon-enfant.fr
- www.cg67.fr

Ce guide a été élaboré dans un groupe de travail associant plusieurs partenaires, dont la Fepem Alsace-Lorraine



Novembre 2013



Guide de la relation Parent employeur / Assistant maternel

- Engagement réciproque
- Contrat de travail
- Avenant au contrat de travail
- Autorisations et fiche-santé
- Fiches techniques
- Contacts utiles
- Livret d'accueil

Entre le futur employeur :

Mme M.

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Ville : Code postal :

En qualité de : père mère tuteur autre N° de téléphone :

E-mail :

et le ou la futur(e) salarié(e) :

Mme M. Assistant(e) maternel(le) agréé(e)

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Ville : Code postal :

N° de téléphone : E-mail :

Pour l'accueil de l'enfant (Nom et Prénom) :

Il est convenu d'une promesse d'embauche avec signature de contrat à compter du / /
sur les bases suivantes :

Conditions d'accueil

- Durée hebdomadaire de l'accueil - nombre d'heures : / semaine
- Durée mensuelle de l'accueil - nombre d'heures : / mois
- Nombre de semaines d'accueil dans l'année : / an

Rémunération

- Salaire mensuel brut : €
- Salaire horaire brut : €

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 de 1/2 mois par rapport au temps d'accueil prévu.

Signature du futur employeur
(précédée de « Lu et approuvé »)

Signature du futur salarié
(précédée de « Lu et approuvé »)

Fait à le / /



Entre le futur employeur :

Mme M.

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Ville : Code postal :

En qualité de : père mère tuteur autre N° de téléphone :

E-mail :

et le ou la futur(e) salarié(e) :

Mme M. Assistant(e) maternel(le) agréé(e)

Nom : Prénom :

Adresse :

..... Ville : Code postal :

N° de téléphone : E-mail :

Pour l'accueil de l'enfant (Nom et Prénom) :

Il est convenu d'une promesse d'embauche avec signature de contrat à compter du / /
sur les bases suivantes :

Conditions d'accueil

- Durée hebdomadaire de l'accueil - nombre d'heures : / semaine
- Durée mensuelle de l'accueil - nombre d'heures : / mois
- Nombre de semaines d'accueil dans l'année : / an

Rémunération

- Salaire mensuel brut : €
- Salaire horaire brut : €

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 de 1/2 mois par rapport au temps d'accueil prévu.

Signature du futur employeur
(précédée de « Lu et approuvé »)

Signature du futur salarié
(précédée de « Lu et approuvé »)

Fait à le / /





Contrat de travail à durée indéterminée Assistant(e) maternel(le) agréé(e)

www.pajemploi.urssaf.fr

Entre l'employeur :

1 Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :
 Adresse :
 Ville : Code postal :
 En qualité de : père mère tuteur autre N° de téléphone :

2 N° Urssaf ou Pajemploi :

et le ou la salarié(e) :

3 Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :
 Adresse :
 Ville : Code postal :

4 N° de Sécurité sociale : / / / / /

5 Référence de l'agrément :
 Date de délivrance de l'agrément : / / ou date du dernier renouvellement : / /

6 Assurance « Responsabilité Civile Professionnelle » (préciser les coordonnées de la compagnie) :

 N° de police :

7 Assurance automobile : s'il à lieu (coordonnées de la compagnie) :
 N° de police :

Les termes du contrat

8 Il est conclu un contrat de travail régi par les dispositions de la convention collective nationale de travail des assistants maternels du particulier employeur. L'employeur remet un exemplaire de cette convention au salarié ou s'assure que celui-ci en possède un à jour.

9 Un contrat de travail écrit doit être établi pour chaque enfant gardé.
 Nom : Prénom : Né(e) le : / /

10 DATE D'EFFET DU CONTRAT (à compter du premier jour de la période d'essai) : / /

11 **Période d'essai**
 Durée :
 Modalités de la période d'adaptation :

12 **Durée et horaire d'accueil**
 > Horaire hebdomadaire - nombre d'heures : / semaine, selon le planning suivant :

| Jour | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Heure d'arrivée | h |
| Heure de départ | h |

> Jour de repos hebdomadaire :
 > Planning mensuel s'il y a lieu :

> **Accueil annuel :**

Nombre de semaines d'accueil (planning annuel) :

Préciser le délai de prévenance en cas de modification de planning :

13 Rémunération

> **Salaire horaire de base :**

Salaire horaire brut de base : € Salaire horaire net de base : €

Salaire brut : montant du salaire avant déduction des cotisations salariales - Salaire net : montant du salaire après déduction des cotisations salariales

> **Salaire mensuel de base :** le salaire est mensualisé soit en année complète, soit en année incomplète :

a) Si l'accueil s'effectue sur une année complète :

b) Si l'accueil s'effectue sur une année incomplète :

| Salaire mensuel brut* | Salaire mensuel net |
|-----------------------|---------------------|
| € | € |

* (salaire horaire brut x nbre d'heures d'accueil par semaine x 52 semaines) ÷ 12

| Salaire mensuel brut* | Salaire mensuel net |
|-----------------------|---------------------|
| € | € |

* (salaire horaire brut x nbre d'heures d'accueil par semaine x nombre de semaines programmées) ÷ 12

c) Si l'accueil est occasionnel :

Salaire mensuel brut* : €

Salaire mensuel net : €

* (salaire horaire brut x nombre d'heures d'accueil dans le mois)

> **Salaire majoré (à partir de la 46^e heure hebdomadaire) :** Montant de la majoration : € Salaire horaire majoré : €

> **Date de paiement du salaire :**

14 Congés payés

- 1/ Les droits sont définis dans le cadre de l'année dite de référence (du 1^{er} juin de l'année précédente au 31 mai de l'année en cours).
- 2/ Le 31 mai, faire le point sur le nombre de jours de congés payés acquis et le salaire versé au cours de l'année de référence (y compris celui versé au titre des congés payés de l'année précédente), hors indemnités (entretien, nourriture...). Définir, compte tenu de la date d'embauche et s'il y a lieu, les dispositions particulières pour la première année de référence.
- 3/ S'informer mutuellement et annuellement sur les habitudes de prises de congés.

- Préciser le délai de prévenance de fixation des dates de congés :

- Modalités de paiement des congés en cas d'année incomplète :
- soit en une seule fois au mois de juin
 - soit lors de la prise principale des congés
 - soit au fur et à mesure de la prise des congés
 - soit par 12^e chaque mois

15 Jours fériés

- Jours fériés travaillés :
- 1^{er} janvier
 - 8 mai
 - 14 juillet
 - 11 novembre
 - Lundi de Pâques
 - Jeudi de l'Ascension
 - 15 août
 - 25 décembre
 - 1^{er} mai
 - Lundi de Pentecôte
 - 1^{er} novembre

16 Indemnités d'entretien et de frais de repas

- Indemnités d'entretien, montant journalier : €
- Repas fournis par : l'employeur l'assistant(e) maternel(le), montant : € / repas

17 Indemnités diverses

- Frais de déplacement : € / Km
- Autres : €

18 Conditions particulières à définir s'il y a lieu :

- Contraintes de l'employeur :
- Modalités de l'accueil péri scolaire :
- Enfant présentant des difficultés particulières :
- Acceptation de la présence d'animaux domestiques chez le salarié : oui non
- Conditions et limites des sorties de l'enfant en dehors du domicile du salarié :
- Autres.....

19 Signature de l'employeur
(précédée de « Lu et approuvé »)

Signature du salarié
(précédée de « Lu et approuvé »)

À....., le / /

À....., le / /

Documents à joindre au contrat de travail

OBLIGATOIRES

- Copie de l'attestation d'agrément valide ;
- Copie de l'attestation Responsabilité civile professionnelle de l'assistante maternelle ;
- Autorisation concernant les modes de déplacement de l'enfant et copie de l'attestation d'assurance automobile.

CONSEILLÉS

- Éléments relatifs à la santé de l'enfant (veiller à communiquer des documents à jour) :
 - copie des pages de vaccination du carnet de santé ;
 - autorisation parentale d'intervention chirurgicale ;
 - ordonnance et protocole du médecin ;
 - autorisation de donner des médicaments ;
- Modalités de conduite à l'école ;
- Liste et coordonnées des personnes autorisées à venir chercher l'enfant au domicile du salarié ;
- Liste des personnes à contacter en cas d'urgence et en l'absence des parents ;
- Délégation de garde éventuelle et conditions.

Les institutions compétentes en matière de retraite et prévoyance sont :

Retraite

Métropole : IRCM-Retraite

261, avenue des Nations Unies
BP 593 - 59060 ROUBAIX Cedex
Tél.: 0980 980 990 (appel non surtaxé)

Départements d'Outre-Mer

CGSS GUADELOUPE

Quartier de l'hôtel de Ville
BP 486
97159 POINTE-À-PITRE
Tél.: 0 590 90 50 00

CGSS LA MARTINIQUE

Place d'Armes
97210 LE LAMENTIN Cedex 2
Tél.: 0 596 66 50 79

CGSS GUYANE

Espace Turenne-Radamonthe
Route de Raban
BP 7015
97307 CAYENNE Cedex
Tél.: 0 594 39 60 00

CGSS REUNION

4, Bld Doret
97704 SAINT-DENIS Cedex
Tél.: 0 262 40 33 40

Prévoyance

Métropole : IRCM-Prévoyance

261, Avenue des Nations Unies
BP 593 - 59060 ROUBAIX Cedex
Tél.: 0980 980 990 (appel non surtaxé)



Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



POINTS IMPORTANTS A DISCUTER ENTRE LES PARTIES

Les points suivants doivent être abordés et faire l'objet d'une décision écrite lors de la signature du contrat :

- ◆ horaires réguliers ou irréguliers d'accueil ;
- ◆ dates de prise de congés payés annuels ;
- ◆ jours fériés travaillés ;
- ◆ journée de solidarité ;
- ◆ nombre de semaines travaillées dans l'année.

Toute modification peut intervenir en cours de contrat et doit faire l'objet d'un avenant.

Concernant le calcul de la mensualisation, il est nécessaire de prendre ensemble un calendrier et de définir le nombre de semaines qui seront effectivement travaillées par le salarié sur les douze mois qui suivent la date d'embauche.

IMPORTANT : se référer au site [pajemploi](http://pajemploi.fr) pour tout complément d'information

Date de début de la mensualisation :

HORAIRES REGULIERS DE L'ACCUEIL

L'enfant sera confié à l'Assistant(e) Maternel(le) selon les indications suivantes :

| | TOUTE L'ANNEE | PERIODE SCOLAIRE | | | VACANCES SCOLAIRES | TRAVAIL EN EQUIPE | |
|---|------------------|------------------|------|------|-----------------------|-------------------|-----------|
| | | Matin | Midi | Soir | | Semaine A | Semaine B |
| LUNDI | De à | De à | De à | De à | De à | De à | De à |
| MARDI | De à | De à | De à | De à | De à | De à | De à |
| MERCREDI | De à | De à | De à | De à | De à | De à | De à |
| JEUDI | De à | De à | De à | De à | De à | De à | De à |
| VENDREDI | De à | De à | De à | De à | De à | De à | De à |
| SAMEDI | De à | De à | De à | De à | De à | De à | De à |
| TOTAL SEMAINE | | | | | | | |
| Moyenne des heures d'accueil par semaine | | | | | | | |

HORAIRES IRREGULIERS DE L'ACCUEIL

En cas d'irrégularité temporaire ou régulière dans les horaires, l'employeur s'engage à remettre le planning en main propre à l'assistant maternel au plus tard le :

Ils s'accordent sur un **nombre minimum d'heures de base par semaines** :

En cas de changement dans le planning de l'employeur, celui-ci s'engage à communiquer le plus rapidement possible ce changement à l'assistant maternel et au plus tard le :

Pour information :

Convertissez les minutes en centièmes :

5 mn = 0.08h

10 mn = 0.16h

15 mn = 0.25h 20 mn = 0.33h

25 mn = 0.41h

30 mn = 0.50h

35 mn = 0.58h 40 mn = 0.66h

50 mn = 0.83h

55 mn = 0.91h

60 mn = 1.0h 45 mn = 0.75h



Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



**ENTENTE ENTRE EMPLOYEUR ET SALARIÉ
CONCERNANT LES PÉRIODES DE PRISE DES
CONGÉS PAYÉS**

Je soussigné(e), **assistant maternel** de l'enfant
informe ce jour les parents de
de la date de mes congés :

Du au

Du au

Du au

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

« *Lu et approuvé* »

Signature des parents précédée de :

« *Lu et approuvé* »

Ce document doit être donné entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} mars chaque année

Nous soussignés, **parents** de
l'enfant informons ce jour
Madame
assistante maternelle de notre enfant

de l'absence de ce dernier Du au

. Du au

. Du au

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

« *Lu et approuvé* »

Signature des parents précédée de :

« *Lu et approuvé* »

Ce document doit être donné entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} mars chaque année.





Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



LES JOURS FÉRIÉS

En Alsace Moselle, les jours fériés travaillés prévus au contrat sont les suivants (*précision des horaires de travail*)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nouvel An – 1 ^{er} janvier | <input type="checkbox"/> Pâques – lundi de Pâques | <input type="checkbox"/> 1 ^{er} mai |
| <input type="checkbox"/> Armistice – 8 mai | <input type="checkbox"/> Ascension | <input type="checkbox"/> Pentecôte – lundi de Pentecôte |
| <input type="checkbox"/> Fête Nationale – 14 juillet | <input type="checkbox"/> Assomption – 15 août | <input type="checkbox"/> Toussaint – 1 ^{er} novembre |
| <input type="checkbox"/> Armistice – 11 novembre | <input type="checkbox"/> Noël – 25 décembre | <input type="checkbox"/> 26 décembre |
| <input type="checkbox"/> Vendredi Saint | | |



AVENANT N°... AU CONTRAT DU/...../

Entre :

L'ASSISTANT MATERNEL

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Date d'agrément : _____

Date du dernier renouvellement : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Et :

LE PARENT : (Nom, Prénom du parent employeur, le bénéficiaire de la PAJE)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° URSSAF : _____ N° SIRET : _____

Tél. : (domicile) _____

Tél. : (Travail précisé le lieu parent employeur) : Père _____

Mère : _____

Objet de la modification :

Faisant référence à la clause _____ de la page _____ du contrat précité.

Contenu de la modification :

Motif de la modification :

AVENANT PRENANT EFFET LE :

Fait à le

Signature de l'assistant maternel

(précédée de « Lu et approuvé »)

Fait à..... le.....

Signature du parent employeur

(précédée de « Lu et approuvé »)



Cas particulier : ACCUEIL PERISCOLAIRE

Période scolaire :

Nombre d'heures de travail par semaine : _____

Nombre de semaines travaillées : _____

= $\frac{\text{.....€}/\text{heure} \times \text{..... heures}/\text{semaine} \times \text{..... semaines}/\text{an}}{12 \text{ mois}}$

Salaire mensuel **brut** de base = _____ €

Période de vacances scolaires :

Nombre d'heures de travail par semaine : _____

Nombre de semaines travaillées : _____

= $\frac{\text{.....€}/\text{heure} \times \text{..... heures}/\text{semaine} \times \text{..... semaines}/\text{an}}{12 \text{ mois}}$

Salaire mensuel **brut** de base = _____ €

Le salaire mensuel total brut de base = salaire période scolaire + salaire période de vacances scolaires

α Salaire mensuel total **brut** de base = _____ € Salaire mensuel total **net** de base = _____ €

LE COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE

En cas d'emploi direct d'une assistante maternelle ou d'une garde d'enfant à domicile, la Caf prend en charge une partie de la rémunération de votre salarié, le montant de la prise en charge partielle de la rémunération du salarié dépend de vos revenus, du nombre d'enfants et de leur âge.

Dans tous les cas, un minimum de 15 % de la dépense restera à votre charge

ATTENTION :

Dès l'embauche de votre salarié incluant la période d'essai ou d'adaptation, pensez à faire votre demande de complément de libre choix de mode de garde auprès de votre Caf. Si vous tardez, vous risquez de ne pas bénéficier de l'intégralité de l'aide à laquelle vous avez droit.

Conditions d'attribution

- Votre activité professionnelle doit vous procurer un revenu mensuel minimum de 399 € si vous êtes seul(e), de 798 € si vous vivez en couple ;
- Si vous avez recours à une assistante maternelle, elle doit être agréée par les services de la protection maternelle et infantile ;
- Si vous avez recours à une association (hors crèche familiale), ou une entreprise habilitée qui emploie une assistante maternelle ou une personne à domicile ou si vous avez recours à une micro-crèche, vous pouvez bénéficier de ce complément de libre choix du mode de garde si l'enfant est gardé au moins 16 heures dans le mois.

Le centre Pajemploi calcule les cotisations prises en charge par la Caf et vous indique la part éventuellement à votre charge. Il adresse à votre salarié l'attestation d'emploi, qui vaut bulletin de salaire.

- Si vous avez à la fois recours à une assistante maternelle et à une garde à domicile, le cumul des prises en charge partielles de la rémunération de chaque salariée est possible sous certaines conditions.
- Selon le mode de garde, vous pouvez bénéficier d'une réduction ou d'un crédit d'impôt pour l'emploi d'une assistante maternelle ou pour l'emploi d'une personne à domicile.

Le calcul et la simulation sont possibles sur le site www.mon-enfant.fr



Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



FORMATION CONTINUE

Les assistants(es) maternels(les) comme tous les salariés ont droit à la formation continue.

Dès la première heure travaillée, l'assistant(e) maternel(le) bénéficie de 48 heures de formation dans le cadre du plan de formation.

D'autre part, l'assistant(e) maternel(le) peut bénéficier d'actions de formation professionnelle continue dans le cadre du droit de formation individuel (DIF). Par année de travail, quelle que soit la durée du temps d'accueil et le nombre d'employeurs, l'assistante maternelle acquiert un DIF de 24 h par an. Dans ce cadre vous pourrez être amené, en tant qu'employeur, à accompagner la formation de votre assistant(e) maternel(le).

Vous pourrez obtenir des explications complémentaires en contactant le Relais Assistantes Maternelles de votre secteur, la FEPEM, AGEFOS ou IPERIA.

(Extrait de l'Art. L.423-6 du code de l'action sociale et des familles et la loi du 4 mai 2004)

AUTORISATIONS

Ces autorisations sont à remplir impérativement par les deux parties.

CONDITIONS ET LIMITES DES SORTIES EN DEHORS DU DOMICILE

AUTORISATION CONCERNANT LES DEPLACEMENTS

Nous soussignés, Monsieur et Madame père et mère de l'enfant autorisons Madame, Monsieur, assistant(e) maternel(le) agréé(e), sous réserve d'en être préalablement informés, à transporter notre enfant (cocher les choix retenus) :

| TRANSPORT DE L'ENFANT | Immatriculation N° d'assurance du véhicule | oui | non | Exceptionnellement seulement |
|--|--|--|--|--|
| Dans son véhicule personnel, ce dernier étant assuré en conséquence (usage professionnel) et respectant les normes de sécurité en vigueur et en utilisant des sièges auto homologués et adaptés en fonction de l'âge et du poids de l'enfant | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans un véhicule conduit par une autre personne étant assuré en conséquence (usage professionnel) et en présence de l'assistant maternel | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Autre mode de transport :</u> BUS, TRAM VELO | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Fait à Signature des parents

Le

CONDITIONS ET LIMITES DES SORTIES DE L'ENFANT

(Cocher les choix retenus)

Nous soussignés, Monsieur et Madame père et mère de l'enfant autorisons Madame, Monsieur, assistant(e) maternel(le) agréé(e), sous réserve d'en être préalablement informés, à emmener notre enfant (cocher les choix retenus) :

| SORTIES | OUI | NON | Si oui, conditions et limites des sorties |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Au Relais des Parents et Assistants Maternels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Au Lieu d'Accueil Enfants Parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Au parc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| A la bibliothèque, ludothèque, aux spectacles pour enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pour les trajets scolaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pour les activités des enfants de l'assistant maternel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Autres : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Fait à Signature des parents

Le

AUTORISATION A PHOTOGRAPHER OU FILMER L'ENFANT

Nous soussignés, Monsieur et Madame père et mère de l'enfant autorisons Madame, Monsieur, assistant(e) maternel(le) agréé(e), sous réserve d'en être préalablement informés, à photographier ou filmer notre enfant (cocher les choix retenus) :

| | OUI | NON | REMARQUES |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Photographier ou filmer au domicile ou à l'extérieur du domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Publier les photographies et vidéos pour les usages suivants : | | | |
| - dans le cadre des différentes activités proposées par le Relais Assistants Maternels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

Il est interdit de réutiliser ces images pour tout motif non prévu dans le présent contrat (réseaux sociaux, Facebook,....)

Fait à Signature des parents

Le

PERSONNES MAJEURES HABILITEES A REPENDRE L'ENFANT

Après avertissement explicite de l'assistant(e) maternel(e) par les parents, la ou les personne(s) suivante(s) :

Madame, Monsieur :

Madame, Monsieur :

est (sont) autorisée(s) à reprendre l'enfant :

Fait à Signature des parents

Le



Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



AUTORISATION DE DONNER DES MÉDICAMENTS

Monsieur et Madame.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Parents de l'enfant :

Né(e) le à

autorisent

n'autorisent pas

l'assistant(e) maternel(le) à donner les soins en cas de maladie de l'enfant suivant l'ordonnance prescrite par le médecin, et dont **un double lui sera communiqué, même pour des médicaments courants** (ex : antipyrétique, soluté de réhydratation, homéopathie, etc....).

Signatures précédées de la mention « *lu et approuvé* »

Fait à, le

Le père

La mère

Enfant

Nom et Prénom :

N° de téléphone d'urgence

Médecin traitant :

Urgences médicales : 15

Centre anti-poison : 03 88 37 37 37

SOS Mains : 03 88 14 42 42

SOS Enfant maltraité : 119

Pompiers : 18

Police : 17

Parents(*) :

Autres :



Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



LA SANTÉ DE L'ENFANT

Les parents s'engagent à communiquer à l'assistant(e) maternel(le) les éléments relatifs à la santé de l'enfant, nécessaires à une bonne prise en charge de celui-ci. Il n'est pas obligatoire de fournir le carnet de santé.

Ils s'engagent à fournir à l'assistant(e) maternel(le) les ordonnances médicales prescrivant traitement et régime particuliers, en cas de fièvre, diarrhée et autre maladie. Cette ordonnance sera renouvelée périodiquement.

L'assistant(e) maternel(le) s'engage à informer les parents de l'état de santé de leur enfant, à assurer les soins selon les modalités prévues au présent livret d'accueil, et à respecter le secret concernant ces renseignements.

L'assistant(e) maternel(le) s'engage à ne pas fumer dans le lieu d'accueil de l'enfant, et à faire respecter cette règle par les membres de sa famille.

Aucun médicament ou traitement ne pourra être administré sans ordonnance médicale et autorisation des parents.

Nom de l'enfant..... Prénom..... Né(e) le

Vaccinations : DTCP..... Dates

Allergie éventuelle

Aliments et médicaments interdits

Médicaments permis, en cas de fièvre, diarrhée, érythème fessier, piqûre d'insecte, hématome (antipyrétique, soluté de réhydratation, etc..)

Autres renseignements

CONDUITE A TENIR :

A- En cas de maladie aiguë, de fièvre

Dès le début de l'accueil les parents réfléchissent avec l'assistant(e) maternel(le) à la manière de s'organiser dans cette situation. Si la pathologie aiguë de l'enfant est compatible avec l'accueil, l'assistant(e) maternel(le) accueillera l'enfant : oui non

.....

Conduite à tenir si la maladie (ou la fièvre) survient au domicile de l'assistant(e) maternel(le) :

1- L'assistant(e) maternel(le) prévient les parents

Les parents autorisent l'assistant(e) maternel(le) à contacter le médecin traitant :

Nom Tél

Si celui-ci est absent, l'assistant(e) maternel(le) et les parents conviennent de contacter un autre médecin : oui non

Les parents autorisent l'assistant(e) maternel(le) à administrer si nécessaire le médicament (ou l'antipyrétique, le soluté de réhydratation) selon l'ordonnance.

2- L'assistant(e) maternel(le) surveille l'enfant de façon rapprochée jusqu'à l'arrivée du médecin et/ou des parents.

B- En cas de maladie chronique

- Prise en charge journalière

Les parents expliquent et précisent par écrit avec l'aide du médecin traitant, les soins, régimes et traitements particuliers à apporter à l'enfant durant l'accueil :

.....

.....

- Conduite à tenir si aggravation

Décrire les signes d'alerte qui doivent faire prévenir les parents ou le médecin, ainsi que la conduite à tenir :

.....

.....

C- En cas de maladie contagieuse

Parents et assistant(e) maternel(le) se réfèrent à l'avis du médecin traitant pour la durée de l'éviction éventuelle.

D- En cas d'urgence :

- 1- Mettre l'enfant en sécurité.
- 2- Appeler le SAMU 15 ou 112 depuis un portable, ou le centre anti-poisons 03 88 37 37 37.
- 3- Suivre les recommandations des services de secours.
- 4- Faire prévenir les parents dès que possible.

Les modalités de transport sont déterminées par les médecins.

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Fait à , le.....

Le père

La mère



Réseau des
Relais Assistants
Maternels
du Bas-Rhin



CONTACTS UTILES

◆ **FEPEM : Fédération des Particuliers Employeurs**

www.fepem.fr

0 810 109 109

◆ **Relais Particulier Emploi Alsace-Lorraine**

03 87 75 26 61

◆ **CAF**

◆ **Conseil Général**

◆ **Syndicats signataires de la Convention collective : CFDT, CFTC, CGT, FGTA-FO, SNPAAM**

◆ **Inspection du travail**

DIRECCTE

6, rue Gustave-Adolphe-Hirn

67085 Strasbourg Cedex

03 88 15 43 00

www.direccte.gouv.fr

◆ **IRCEM Prévoyance et retraite**

www.ircem.com

0 980 980 990

◆ **Pôle Emploi**

www.pole-emploi.fr

◆ **IPERIA : Le portail de la professionnalisation des emplois de la famille**

www.iperia.eu

0 800 820 920

◆ **AGEFOS**
www.agefos-pme.com

◆ **URSSAF**
www.alsace.urssaf.fr

◆ **LEGIFRANCE : législation en ligne**
www.legifrance.gouv.fr

◆ **CESU**
www.cesu.urssaf.fr
www.cr.cesu.fr remboursement des CESU préfinancés

◆ **Institut du droit local**
8 rue des écrivains
BP 60049
67061 Strasbourg Cedex
03 88 35 55 22
www.idl-am.org