



**PÔLE AIDE À LA PERSONNE**  
DIRECTION DE L'ENFANCE ET  
DE LA FAMILLE  
*Service de Protection Maternelle et Infantile*

## BULLETIN D'ENTRÉE D'ENFANT

### ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

.....

### ENFANT

NOM et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Père (NOM et Prénom) : .....

Mère (NOM et Prénom) : .....

.....

Adresse : .....

**DATE D'ENTREE DE L'ENFANT :** .....

**OBSERVATIONS :** (modalités d'accueil, heures de présence) :

.....

.....

.....

.....

A ....., le .....

Signature

A retourner à :

M. le Président du Conseil Départemental  
Pôle Aide à la Personne  
Service de Protection Maternelle et Infantile - Assistants Maternels  
Hôtel du Département - Place du Quartier Blanc  
67964 STRASBOURG Cedex 9