



**DECLARATION D'ACCUEIL POUR REpondre A DES BESOINS PONCTUELS
dans la limite de 50 heures maximum par mois**

A déclarer sans délai et sous 48 heures maximum,

Pour remplacer de manière limitée dans le temps un.e collègue ou répondre au besoin d'un parent en parcours d'insertion sociale et professionnelle (D. 421-17 du code de l'action sociale et des familles)

Selon la décision d'agrément ou accord préalable de la Mission agrément

NOM

PRENOM.....

ADRESSE.....

.....

MOIS et ANNEE :	
NOM – Prénom de l'ENFANT Date naissance :	
Nom, adresse et contact des parents	
Dates et horaires d'accueil pour l'enfant	
Nombre d'heures d'accueil totales pour cet enfant pour ce mois	
Nombre d'heures cumulées d'accueil ponctuel pour ce mois (max 50h/ mois)	