

**Direction Générale Adjointe Solidarités**  
Direction Santé Prévention et PMI  
Service Modes d'accueil  
Unité accueil individuel et familial Nord

## BULLETIN D'ENTRÉE D'ENFANT

### ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

N° de tél : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

### ENFANT

NOM et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Père (NOM et Prénom) :

Mère (NOM et Prénom) :

.....

Adresse : .....

N° de tél : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_      \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

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

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

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

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

Signature :

**A retourner à :**

Pour le Département du Bas-Rhin (hors Ville de Strasbourg) :  
Service Modes d'accueil  
Unité accueil individuel et familial Nord -  
Assistants Maternels  
Hôtel du Département  
Place du Quartier Blanc 67964 STRASBOURG Cedex 9

Pour la Ville de Strasbourg :  
Direction Solidarités Santé Jeunesse  
Service Santé et Autonomie  
Cellule des Assistants Maternels  
1, parc de l'Etoile  
67076 STRASBOURG Cedex  
Mail : [santeetautonomie-assistantsmaternels@strasbourg.eu](mailto:santeetautonomie-assistantsmaternels@strasbourg.eu)