

## DÉCLARATION D'ACCIDENT CHEZ UN ASSISTANT MATERNEL

### **Coordonnées de l'Assistant Maternel :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Numéro d'agrément : .....  
Date de délivrance : .....

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur ..... assistant(e) maternel(le), informe le Président du Conseil Départemental d'un accident survenu à l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Né(e) le : .....  
Accueilli à mon domicile depuis le : .....

**Date et heure de l'accident :** .....

### **Description des circonstances de l'accident :**

*(Décrire l'accident, dans ses faits, le plus précisément possible..., et ce que vous faisiez à ce moment-là (votre présence auprès de l'enfant...), les gestes de premiers soins, et/ou secours effectués..., et/ou intervention de soignants professionnels extérieurs (médecin, pompiers, SAMU...), et/ou appel aux parents...)*

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

**État de l'enfant :** .....  
.....

Fait à ....., le .....

(en triple exemplaires, dont un à envoyer sans délai au service PMI dont vous dépendez après l'avoir contacté par téléphone au préalable).

Signature de l'assistant maternel :