

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 :