

## PLANNING HEBDOMADAIRE

Surligner les cases correspondant aux heures d'accueil pour chaque enfant accueilli et également pour chaque enfant de moins de 11 ans présent sous votre responsabilité (notamment vos propres enfants)

Nom Prénom	Age	Situation	Heure début d'accueil	8H30	9H30	10H30	11H30	12H30	13H30	14H30	15H30	16H30	17H30	18H30	Heure fin d'accueil	Vacances scolaires
<b>LUNDI</b>																
<b>MARDI</b>																
<b>MERCREDI</b>																
<b>JEUDI</b>																
<b> VENDREDI</b>																
<b>SAMEDI</b>																

Pendant les heures d'accueil, vous devez vous assurer que le nombre total de mineurs âgés de moins de 11 ans simultanément sous votre responsabilité exclusive ne peut excéder 6, dont au maximum 4 enfants de moins de 3 ans (y compris vos propres enfants).

**Nom et Prénom de l'assistant(e ) maternel(le ) :**

**Agrément : (Nombre et âge des enfants)**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Mail :**

En cas d'arrivée ou de départ d'un enfant, remplir le tableau ci-dessous en précisant tous les enfants accueillis dans le cadre professionnel

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance	Nom / Prénom Adresse et téléphone des parents	Date du début du contrat	Date de fin de contrat	Informations complémentaires <small>Classe (Maternelle/Primaire)</small>

A ce jour, je dispose donc de .....place(s ) disponible(s ) pour accueillir des enfants à compter du .....

Maison Départementale des Solidarités

Ce formulaire est à renvoyer à la PMI de :

**Merci de bien vouloir remplir le planning hebdomadaire au verso**

Date :

Signature