

# Contrat d'Accueil (Annexe au Contrat de Travail)

Contrat d'accueil est un outil professionnel. Il vous permet de définir les conditions et la qualité de l'accueil de l'Enfant au domicile de l'Assistant(e) Maternel(le).

Contrat d'accueil doit être signé des deux parties, daté et paraphé en 2 exemplaires identiques sans correcteurs ou rayures. Parents et Assistant(e) Maternel(le) sont les seuls responsables de leurs engagements.

Il est recommandé de réactualiser ce livret / contrat par écrit selon les besoins et/ou les différentes étapes du développement de l'Enfant.

## Assistant(e) Maternel(le) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Agrément : .....

Date de la délivrance : ..... Date du dernier renouvellement : .....

## Parent - Mère :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lieu du travail : .....

Autorité parentale :  oui  non

## Parent - Père :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lieu du travail : .....

Autorité parentale :  oui  non

## Accueil concernant l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

## Frère(s) et sœur(s) de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

## Engagement :

### L'Assistant(e) Maternel(le) veille à :

- Respecter les besoins fondamentaux de l'Enfant en termes : d'alimentation, d'hygiène, de sommeil, de sécurité affective, d'éveil et de socialisation.
- Présenter aux Parents son projet personnel d'accueil (familial, éducatif, matériel) celui-ci devra respecter les choix éducatifs des Parents et être compatible avec l'ensemble des enfants accueillis.
- Favoriser la mise en place de l'accueil progressif ou d'adaptation de l'Enfant par sa disponibilité.
- Transmettre les faits journaliers aux Parents et leur signaler tout incident ou changement de comportement de l'Enfant.
- Prévenir les Parents et les enfants de l'arrivée ou du départ d'un enfant.
- Observer la règle de la discrétion professionnelle<sup>(1)</sup>.

*(1) Les Assistants Maternels employés par un particulier ne sont pas tenus au secret professionnel. Ils sont contrôlés par le service de la Protection Maternel et Infantile, mais ils n'en font pas partie. Cependant, ils doivent informer, sous peine de sanction pénale, soit le médecin de PMI, soit le service de l'Aide Sociale à l'Enfance, soit la Justice par le canal de la Police, la Gendarmerie ou le Procureur de la République, des sévices ou privations sur enfant dont ils ont connaissance. Ils sont cités en justice, ils doivent s'y rendre et témoigner sur ce dont ils ont eu connaissance. Ils sont tenus au respect de la vie privée de l'enfant accueilli et de ses parents (employeurs). S'ils révèlent des informations sur des faits qui leurs sont personnels, ils peuvent être poursuivis pour atteinte à la vie privée (Article 9 du Code Civil). Ces obligations s'appliquent à tous les membres de la famille de l'assistant maternel (conjoint, enfants) et à toute personne vivant sous le même toit.*

### Les Parents veillent à :

- Favoriser la mise en place de l'accueil progressif en portant à la connaissance de l'Assistant(e) Maternel(le) leurs observations sur l'Enfant.
- Accepter que leur Enfant, tout en conservant des habitudes familiales, en acquiert de nouvelles chez l'Assistant(e) Maternel(le).
- Réserver un temps pour les échanges journaliers sans déborder sur le temps de vie privée de l'Assistant(e) Maternel(le).
- Informer l'Assistant(e) Maternel(le) de tout fait ou événement susceptible de toucher l'Enfant.
- Fournir chaque jour les effets personnels de l'Enfant (doudou, vêtements de change adaptés à l'âge et aux saisons...) nécessaires à son bien-être, sa sécurité et son confort.
- Respecter le domicile et la vie privée de l'Assistant(e) Maternel(le).

### Parents et Assistant(e) Maternel(le) veillent à :

- Respecter la sensibilité de l'Enfant dans la construction de sa personnalité naissante.
- Construire le contrat de travail dans le respect des droits et obligations par les textes en vigueur.
- Bâtir le livret / contrat d'accueil sur une confiance réciproque et un respect mutuel.

## Santé et soins – Eléments relatifs à la santé de l'enfant :

Les Parents s'engagent à communiquer régulièrement à l'Assistant(e) Maternel(le) les renseignements médicaux nécessaires : maladie, traitements médicamenteux en cours, allergies, vaccinations, régime particulier, chutes, tout incident, fièvre, ... L'Assistant(e) Maternel(le) s'engage à respecter la confidentialité concernant ces renseignements. L'accueil de l'Enfant malade doit être compatible avec celui des autres enfants accueillis (et ceux de l'Assistant(e) Maternel(le) le cas échéant). L'Enfant peut ne pas être accueilli s'il y a un risque pour lui-même ou les autres enfants.

L'aide à la prise de médicaments engage la responsabilité civile et pénale de l'Assistant(e) Maternel(le). Si ce dernier l'accepte, les Parents lui donneront leur autorisation écrite et fourniront le traitement prescrit accompagné impérativement de l'ordonnance médicale au nom de l'Enfant (annexe n°3).

Cependant, chaque fois que cela est possible et notamment lorsque les prescriptions sont biquotidiennes, les médicaments seront administrés par les Parents eux-mêmes.

Les Parents fourniront une ordonnance prévoyant le protocole de soins en cas de fièvre, ordonnance qui devra être actualisée tous les 3 mois par le médecin / pédiatre de l'Enfant.

Il est nécessaire d'échanger avant l'accueil autour du cas particulier de l'Enfant présentant une fièvre (égale ou supérieure à 38.5°) ou une pathologie courante.

L'Assistant(e) Maternel(le) accepte t'il/elle d'accueillir l'Enfant :

- s'il a de la fièvre ?       Oui    Non
- s'il est malade ?       Oui    Non

En cas de maladie se déclarant, l'Assistant(e) Maternel(le) doit contacter au plus vite les Parents.

En cas de prise en charge de l'Enfant par les Pompiers / SAMU, l'Assistant(e) Maternel(le) préviendra au plus vite les Parents du lieu d'hospitalisation (annexe n°4). L'Assistant(e) Maternel(le) est tenue de rester auprès des autres enfants confiés.

Pour un Enfant ayant des besoins spécifiques (handicap, maladie, allergies...), un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) est conseillé. Il indique les besoins et la conduite à tenir au quotidien ou en cas d'urgence pour l'Enfant. Il doit être élaboré et signé entre les Parents, l'Assistant(e) Maternel(le) et le médecin ou le spécialiste qui suit l'Enfant.

### MEDECIN TRAITANT

Au cas où l'Assistant(e) Maternel(le) ne parvient pas à joindre les personnes détentrices de l'autorité parentale et / ou s'il estime indispensable de faire appel à un médecin les Parents donne le nom, l'adresse et le n° de téléphone du médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. cabinet : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

En cas de prise en charge particulière l'Assistant(e) Maternel(le) accepte de recevoir à son domicile :

- Médecin  Oui  Non
- Infirmier  Oui  Non
- Kinésithérapeute  Oui  Non

Les honoraires médicaux et frais pharmaceutiques que l'Assistant(e) Maternel(le) peut engager pour l'Enfant avec l'accord des Parents, sont à la charge des Parents qui s'engagent à les rembourser sans délai à l'Assistant(e) Maternel(le).

### Sécurité – Matériels :

#### L'ENFANT EST SOUS LA SEULE RESPONSABILITE DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) DURANT TOUTE LA DUREE DE L'ACCUEIL.

L'environnement doit permettre d'assurer le bien-être physique de l'Enfant. L'Assistant(e) Maternel(le) s'engage à respecter les consignes nationales et départementales en matière de sécurité. L'Assistant(e) Maternel(le) assume une obligation contractuelle de sécurité constituant une obligation de résultat.

L'Assistant(e) Maternel(le) s'engage à ne pas exposer l'Enfant aux nuisances dutabac.

L'Assistant(e) Maternel(le) s'engage à ne pas mettre l'Enfant au contact d'animaux présents à son domicile.

Préciser le type (s) d'animal (aux) présent (s) au domicile de l'Assistant(e) Maternel(le) :

Chien  Chat  Poisson  autres : .....

Pour tout déplacement d'un Enfant accueilli, l'Assistant(e) Maternel(le) doit avoir une autorisation de transport signée des Parents, une assurance adaptée, le permis de conduire en cours de validité (annexes n°9 et 10). L'Enfant doit être placé dans un siège auto adapté à son âge. L'Assistant(e) Maternel(le) s'engage à ne jamais laisser l'enfant seul dans son véhicule.

### Repas – Alimentation :

Le repas doit être un moment de détente, de plaisir et de convivialité, tenant compte de l'âge de l'enfant, de ses besoins et de ses goûts.

Le(s) Parent(s) doivent fournir les laits (1<sup>er</sup> âge/2<sup>ème</sup> âge), l'eau minérale adaptée, biberons et tétines.

La diversification alimentaire doit être progressive. Il est recommandé que le(s) Parent(s) fasse l'introduction des aliments (prévention allergie). Lors de la diversification alimentaire, il est convenu que :

- Le(s) Parent(s) fournira (ont) les repas complets :  Oui  Non
- L'Assistant(e) Maternel(le) fournira les repas complets :  Oui  Non

### Protocole pour le transport du repas et biberon de lait maternisé :

Un biberon préalablement préparé ne pourra pas être donné. Le repas confectionné par le(s) Parent(s) devra être dans un sac isotherme avec des accumulateurs de froid. Tout produit non terminé chez l'Assistant(e) Maternel(le) ne pourra être ramené au domicile des Parents. Tout comme l'Assistant(e) Maternel(le) ne peut accepter un biberon de lait maternisé / repas déjà entamé.

**En cas de régime médical alimentaire** de l'Enfant, l'Assistant(e) Maternel(le) doit suivre les consignes indiquées par le(s) Parent(s), celui-ci (ceux-ci) joindra (ont) à cet effet **une prescription médicale à jour du médecin traitant ou pédiatre.**



## ANNEXE n° 1 : AUTORITE PARENTALE

(A compléter en cas de séparation ou de divorce des parents)

Ce document est à compléter en cas de séparation ou de divorce des Parents. Attention à cocher les jours retenus. A la demande de l'Assistant(e) Maternel(le), les Parents devront fournir une copie de la notification de droit de garde délivrée par le Juge aux Affaires Familiales (JAF). L'Assistant(e) Maternel(le) devra être informé(e) de toute modification.

Je soussigné :

Madame .....

Monsieur .....

exerce l'autorité parentale sur l'Enfant : .....

J'autorise, Monsieur, Madame ..... Assistant(e) Maternel(le) agréé(e),  
à confier mon enfant, les jours suivants :

Lundi à ..... h .....

Mardi à ..... h .....

Mercredi à ..... h .....

Jeudi à ..... h .....

Vendredi à ..... h .....

Samedi à ..... h .....

Dimanche à ..... h .....

A :

Madame .....

Monsieur .....

Tel que le prévoit la notification de droit de garde délivrée par le Juge aux Affaires Familiales (JAF) le .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

## ANNEXE n° 2 : BULLETIN DE VACCINATIONS

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant ..... attestons  
avoir fourni à Monsieur, Madame ..... Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), la  
photocopie du bulletin de vaccinations de notre enfant.

L'Assistant(e) Maternel(le) doit s'assurer de disposer d'une photocopie à jour.

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

### ANNEXE n° 3 : AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....

**autorise** Monsieur, Madame ....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), à donner des médicaments à notre Enfant.

**n'autorise pas** Monsieur, Madame ....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), à donner des médicaments à notre Enfant.

**Aucun médicament, y compris ceux contre la fièvre, ne pourra être administré à l'Enfant sans ordonnance médicale. L'Assistant(e) Maternel(le) n'administre que les médicaments du traitement en cours prescrits par ordonnance dont elle possède un exemplaire récent au nom de l'Enfant.**

Fait à .....  
Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

### ANNEXE n° 4 : AUTORISATION DE TRANSPORT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....  
autorisons Monsieur, Madame..... Assistant(e) Maternel(le)  
agréé(e), à prendre la décision de faire transporter notre enfant par les Pompiers ou le SAMU à l'hôpital ou à la clinique pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute intervention, y compris une anesthésie générale sur mon enfant.

OU

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....  
autorisons Monsieur, Madame..... Assistant(e) Maternel(le)  
agréé(e), à prendre la décision de faire transporter notre enfant par les Pompiers ou le SAMU à l'hôpital ou à la clinique et à prendre la décision, en cas d'urgence, de toute intervention, proposée par le personnel médical dans l'intérêt de l'enfant, y compris une anesthésie générale sur mon enfant.

Fait à .....  
Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

**ANNEXE n° 5 : LISTE ET COORDONNEES DES PERSONNES AUTORISEES A VENIR  
CHERCHER L'ENFANT AU DOMICILE DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....  
autorisons Monsieur, Madame..... Assistant(e) Maternel(le)  
agrée(e), à confier notre Enfant à :

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code Postal : .....	Ville : .....
Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Lien avec l'Enfant : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code Postal : .....	Ville : .....
Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Lien avec l'Enfant : .....

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code Postal : .....	Ville : .....
Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / .....	Lien avec l'Enfant : .....

Ces personnes devront être présentées au préalable à l'Assistant(e) Maternel(le).  
L'Assistant(e) Maternel(le) est informé(e) à l'avance des coordonnées de la personne et de sa venue.

Les Parents peuvent autoriser par écrit une autre personne, autre que celle précédemment citées, à venir chercher l'Enfant à titre exceptionnel au domicile de l'Assistant(e) Maternel(le). L'Assistant(e) Maternel(le) devra obligatoirement être prévenue par les Parents. La personne sera munie d'une pièce d'identité sinon l'Enfant ne pourra pas lui être confié.

Fait à .....  
Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

**ANNEXE n° 6 : LISTE ET COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET D'ABSENCE DES PARENTS DE L'ENFANT**

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....  
autorisons Monsieur, Madame..... Assistant(e) Maternel(le)  
agrée(e),  
à contacter les personnes suivants en cas d'urgence ou en cas d'absence :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lien avec l'Enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lien avec l'Enfant : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tél. mobile : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tél. travail : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Lien avec l'Enfant : .....

Fait à .....  
Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

## ANNEXE n° 7 : AUTORISATION DE SORTIE

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....

autorisons

n'autorisons pas

Madame / Monsieur....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e),  
**sous réserve d'en être préalablement informés, à emmener notre enfant :**

- au square ;
- au parc,
- à la ludothèque ;
- à la bibliothèque ;
- au Relais d'Assistants Maternels ;
- autres (à préciser) .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

Mère de l'Enfant

Père de l'Enfant

Autre responsable légal

## ANNEXE n° 8 : AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....

autorisons

n'autorisons pas

Madame / Monsieur....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), à  
photographier ou filmer notre Enfant nommé ci-dessus, au cours d'activités pédagogiques, éducatives, ...

- à son domicile ;
- au Relais d'Assistants Maternels ;
- autres (à préciser) .....

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

Mère de l'Enfant

Père de l'Enfant

Autre responsable légal

## ANNEXE n° 9 : AUTORISATION DE CIRCULATION EN VOITURE

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....

**autorisons** Monsieur, Madame..... Assistant(e) Maternel(le)  
agrée(e), **à circuler en voiture avec notre enfant.**

A condition que l'Assistant(e) Maternel(le) soit assuré(e) pour le transport de l'enfant et respecte les règles de sécurité routière, que l'Enfant soit obligatoirement assis dans un siège auto homologué et adapté à son âge et attaché avec une ceinture de sécurité.

Assurance automobile (*nom et coordonnées de la compagnie*) : .....

N° de la police d'assurance : .....

Madame / Monsieur. ...., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e),  
s'engage à respecter les engagements ci-dessus.

**n'autorisons pas**, Monsieur, Madame ..... Assistant(e) Maternel(le)  
agrée(e), **à circuler en voiture avec notre enfant.**

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**

## ANNEXE n° 10 : AUTORISATION DE TRANSPORT EN VOITURE POUR SE RENDRE A L'ECOLE

Nous, soussignés, Monsieur et / ou Madame .....  
père et mère de l'enfant .....

autorisons Monsieur, Madame..... Assistant(e) Maternel(le)  
agrée(e), à effectuer un trajet voiture, avec notre enfant, de son domicile à l'école  maternelle /  élémentaire : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Les jours suivants :

Lundi à ..... h ..... (aller) et / ou ..... h ..... (retour) ;

Mardi à ..... h ..... (aller) et / ou ..... h ..... (retour) ;

Mercredi à ..... h ..... (aller) et / ou ..... h ..... (retour) ;

Jeudi à ..... h ..... (aller) et / ou ..... h ..... (retour) ;

Vendredi à ..... h ..... (aller) et / ou ..... h ..... (retour) ;

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

**Signature des personnes détentrices de l'autorité parentale :**

**Mère de l'Enfant**

**Père de l'Enfant**

**Autre responsable légal**