**ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

* **DECLARATION D’ACCIDENT OU DE**
* **DE DECES** (1)

Document à retourner au Service de protection maternelle et infantile

Article R 421- 40 du Code de l’action sociale et des familles

Je soussigné(e) Mme, M.

Assistant(e) maternel(le) agréé(e) sous le n°:

Nom et adresse de la MAM :

Téléphone

DECLARE

Que l’enfant accueilli :

Nom et prénom : Date de naissance :

Dont les parents sont domiciliés à :

Depuis le :

* (2) a été victime d’un accident grave le .

(préciser les circonstances et les suites de l’accident)

* (2) est décédé le

(préciser le lieu et les circonstances du décès)

# Date et signature

1. A envoyer immédiatement à la DGAS (adresse ci-dessous)

(2) Rayer la mention inutile