



= ♡ =
Livret de
l'assistant(e)
maternel(le)

Un petit guide pour accompagner
les grandes découvertes !



Ce livret appartient à :

.....



Sommaire

Fiche de familiarisation – p 4 et 5

Carnet de l'enfant – p 6

Fiche médicale de l'enfant – p 7

Autorisation médicale – p 8 et 9

Calendrier de suivi de vaccins – p 10

Suivi des soins – p 11 et 12

Autorisation d'administrer des médicaments – p 13 à 17

Suivi des régularisations de contrat en année excluant les congés payés – p 18 et 19

Fin de contrat – p 20

Répertoire téléphonique – p 21

Notes – p 22 et 23



Fiche de familiarisation

Date : / / 20....

Nom/prénom de l'enfant :

Age lors de la familiarisation : mois/an(s) ;

Le quotidien :

- **Le repas** : 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.

☐ Biberon : ml ; ☐ lait maternelle ; ☐ lait maternisé ;

☐ Chaud ; ☐ froid ; ☐ température ambiante

Toutes les heures ou horaires des biberons

☐ Repas diversifié

☐ A bras ; ☐ A table ; ☐ en chaise haute ; ☐ autre :

☐ Verre ; ☐ timbale ; ☐ autre :

Habitude ou interdiction alimentaire :

.....
.....

- **Le sommeil** : Les habitudes de sommeil et rituels de l'enfant sont important pour bien dormir.

☐ Le matin (horaires) : ; ☐ l'après-midi h(horaires) :

☐ Doudou ; ☐ tétine ; ☐ turbulette ; ☐ veilleuse ; ☐ musique ; ☐ obscurité ; ☐ lumière du jour ; ☐ autre :

☐ lit à barreaux ; ☐ lit bas ; ☐ autre :

- **L'acquisition de la propreté** : Elle est liée au développement psychomoteur de l'enfant et son acquisition est variable d'un enfant à l'autre. L'apprentissage doit se faire en souplesse et en étroite collaboration entre parents et assistant(e) maternel(le).

☐ Couche ; ☐ sous-vêtement ; ☐ pot ; ☐ réhausseur ; ☐ wc ; ☐ autre :

☐ Lingettes ; ☐ liniment ; ☐ eau micellaire ; ☐ savon/gant de toilette ; ☐ autre :

- **L'enfant aime** : Les promenades, activités et sorties éveillent l'enfant et stimulent sa curiosité quand elles sont adaptées à son rythme et à son âge.

☐ Les promenades ; ☐ Les activités manuelles ; ☐ Les livres ; ☐ Les comptines ; ☐ Les jeux (puzzles, memory...) ; ☐ autre :

➤ Les parents ou l'assistant(e) maternel(le) s'engagent à fournir :

	Assistant(e) maternel(le)	Parents
Lit		
Draps		
Transat		
Chaise haute		
Landau		
Parc		
Poussette		
Jeux		
.....		
.....		

	Assistant(e) maternel(le)	Parents
Pot		
Siège auto		
Couches		
Produits toilette		
Biberons		
Vêtements		
Lait maternelle		
Repas		
.....		
.....		

▪ Divers (à préciser) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

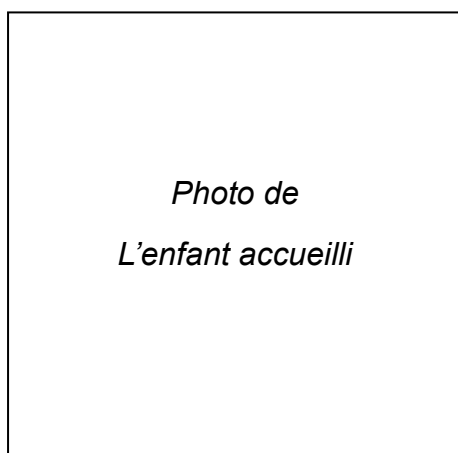
.....

Pour permettre à l'assistant(e) maternel(le) de mieux répondre aux demandes de l'enfant, les parents doivent communiquer toutes les informations qu'ils souhaitent et qui semblent nécessaires pour assurer une continuité dans la prise en charge de l'enfant.

Toutes évolutions/changement dans le quotidien de l'enfant, doit être communiqué à l'assistant(e) maternel(le) afin qu'il/elle puisse s'occuper de l'enfant dans les meilleures conditions possibles en fonction de l'évolution de l'enfant et ce jusqu'à la fin de l'accueil.

L'assistant(e) maternel(le) est tenu(e) : d'observer beaucoup de discrétion par rapport aux informations qu'il/elle détient concernant la vie privée de l'enfant et de sa famille (obligation du secret professionnel).





NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

❖ Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom du père

.....

☎ Domicile : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / portable : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

☎ Professionnel du père : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Nom et prénom de la mère

.....

☎ Domicile : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / portable : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

☎ Professionnel de la mère : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Fiche médicale de l'enfant

Cette feuille est à remplir, elle pourra être utilisée en cas d'absence du carnet de santé de l'enfant. Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au Médecin en cas d'urgence :

NOM **Prénom** :

Né(e) le :

Confié(e) à :

Antécédents de maladie :

.....

Allergie(s) :

.....

Médicament(s) interdit(s) :

.....

Aliment(s) interdit(s) :

.....

Groupe sanguin :

Renseignements complémentaires :

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

Autorisations médicales

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légalautorise :

Le médecin à pratiquer toute intervention chirurgicale urgente, avec si besoin anesthésie sur mon enfant :,

né(e) le ;

Il est entendu quecommuniquerait mes coordonnées au Médecin afin de pouvoir nous joindre le plus rapidement possible.

Fait à,

Le,

Signature du ou des responsable(s) de l'enfant

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.

AUTORISATION DE SORTIE D'HOPITAL

Je soussigné(e), responsable légalautorise
.....(assistant(e) maternel(le),
à faire sortir mon enfant

de l'hôpital si son état est jugé satisfaisant par le médecin de service.

Fait à

Le

**Signature du ou des responsable(s) de l'enfant
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.

Calendrier de suivi de vaccins

Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, onze vaccins sont obligatoires avant l'âge de 2 ans : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, le virus de l'hépatite B, la bactérie *Haemophilus influenzae* (à l'origine des méningites), le pneumocoque, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

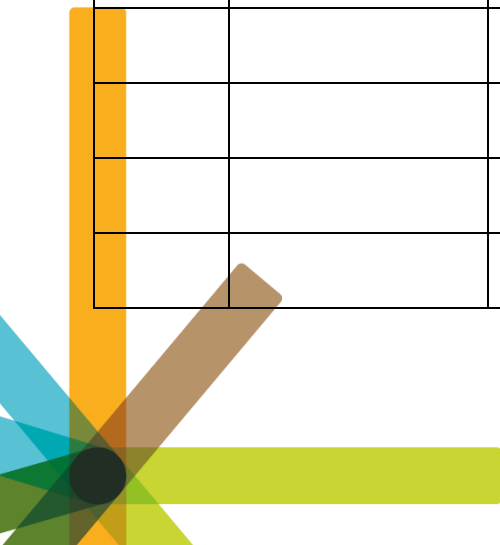
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et plus
1 Diphtérie - Tétanos - Polioomyélite - Coqueluche - Hépatite B - Haemophilus influenzae (HIB)													
2 Pneumocoque													
3 Méningocoque C													
4 Rougeole - Oreillons - Rubéole													

		2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16/18 mois
1	Date rappel prévue...						
	Vaccin fait le :						
2	Date rappel prévue...						
	Vaccin fait le :						
3	Date rappel prévue...						
	Vaccin fait le :						
4	Date rappel prévue ...						
	Vaccin fait le :						

Ex : l'enfant est né le 1 mars 2023 le deuxième rappel (pneumocoque) sera pour juillet 2023 (à noter dans « date prévu »). L'enfant a fait son vaccin le 5 juillet 2023 (à noter dans « vaccin fait le »)

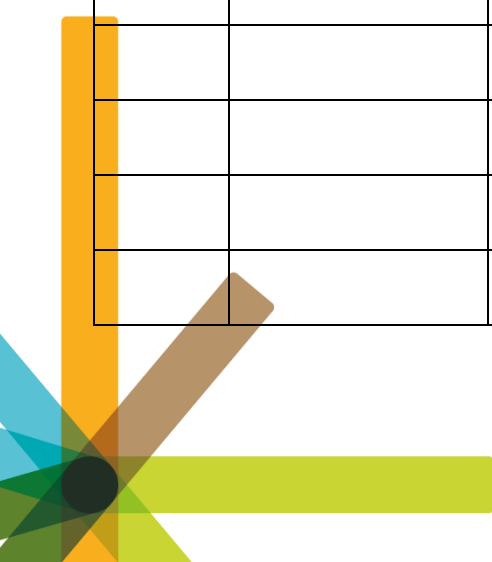
Suivi des soins

Nom de l'enfant :

[illegible]

Suivi des soins

Nom de l'enfant :

[illegible]

Autorisation d'administrer des médicaments

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Autorisation d'administrer des médicaments

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Autorisation d'administrer des médicaments

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Autorisation d'administrer des médicaments

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Autorisation d'administrer des médicaments

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Je soussigné, (Madame, Monsieur).....

☐ Père ☐ Mère, de l'enfant.....

Autorise : Mme/Mr.....Assistant(e) maternel(le)

A donner à notre enfant :

- Nom du médicament :
- Heure de délivrance :
- Quantité :
- Du (date) :/...../..... Au/...../.....

Avec ordonnance du médecin ci-joint (OBLIGATOIRE)

Fait à

Le

Signature des parents

Suivi des régularisations de contrat En année excluant les congés payés

Année 1

Mois	Heures mensualisées	Heures réelles
Total des heures		

Signature des deux parties :

Année 2

Mois	Heures mensualisées	Heures réelles
Total des heures		

Signature des deux parties :

 Année 3

Mois	Heures mensualisées	Heures réelles
Total des heures		
Montant à réguler : nombre d'heures supplémentaires x tarif horaire € =€		

Signature des deux parties :



Fin de contrat

+ Régularisation des heures :

Voir tableau de la troisième année du suivi des régularisations

+ Indemnités des congés payés :

Dernière année : du...../...../..... au/...../.....

Même calcul en ajoutant les semaines de CP acquis la 1^{ère} année dans le nbre de semaine réalisées réel (ces jours de congés sont assimilés à du temps de travail.

Avec un maximum de 30 jours de CP/an. Idem pour la 3^{ème} année (on ajoute les semaines de CP acquis la 2^{ème} année) ...

Nbre semaines réalisées réelles/4 (nbre de semaines pour 1 mois) =
(Moyenne nbre de mois)

Moyenne nbre de mois X 2.5 jours CP = Nbre de CP acquis à arrondir au degré supérieur.

Nbre de CP acquis / 6 jours (soit 1 semaine de W pour une AM) =
Nbre de semaines de CP

Nbre de semaines de CP X nbre d'heures par semaine au contrat X
taux horaire brut = brut x 0.7804 = net

+ Indemnité de rupture de contrat :

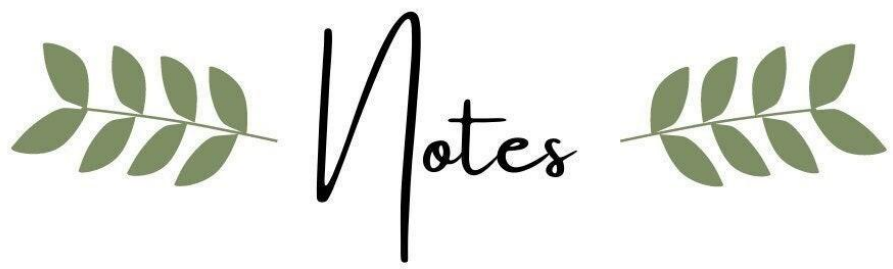
Voir tableau Excel ; montant des indemnités € brut (à payer en brut)

+ Dernière déclaration :

Intitulés	Montant
Régularisation des heures	 €
Montant des CP (en juin – année incomplète) – si fin de contrat en juin	 €
Salaire net	 €
Indemnités d'entretien	 €
Frais de repas	 €
Indemnités des congés payés	 €
Indemnité rupture de contrat en brut	 €
Montant total	 €

Répertoire téléphonique

Organismes	Contacts	Motifs
RPE	06.78.62.11.29 06.83.12.68.73	- Recherche d'un mode d'accueil - Accompagnement administratif dans le cadre de l'embauche d'un assistant maternel.
PMI	03.44.10.78.90	- Pour une question de santé de l'enfant - Pour une éviction - Pour modification d'agrément - En cas de changement d'adresse et/ou de téléphone de l'AMA - En cas d'accident (enfant/AMA) lors des heures d'accueil - En cas de travaux au domicile de l'AMA - En cas de suspicion de maltraitance ou de mise en danger de l'enfant. - En cas de questions sur le développement de l'enfant
Fepem (syndicat)	09.70.51.50.50	- Pour une question de santé de l'enfant - En cas de besoin de médiation
Ufnafaam (syndicat)	05 62 09 93 85	- Pour une question de santé de l'enfant - En cas de besoin de médiation
Pajemploi/Urssaf	0 806 807 253	- Pour ma déclaration de salaire - Accompagnement à chaque étape de la relation d'emploi
France emploi domicile	09.72.72.72.76	- Accompagnement à chaque étape de la relation d'emploi
Prud'homme creil	03.44.61.30.30	- En cas de conflit sévère avec mon employeur
Assurance maladie	01.84.90.36.46	- Déclaration arrêt maladie
Maison France service	06 33 52 79 99	- Pour toutes démarches administratives numériques (retraite, impôt, arrêt maladie, urssaf, caf...)
Impôt	0 809 40 14 01	- Déclaration d'impôt de l'AMA - Crédit d'impôt des parents employeurs
Ircem	0 980 980 990	- Retraite de l'AMA

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Merci pour la confiance
que vous m'accordez chaque jour.
C'est un bonheur d'accompagner votre enfant
dans ses découvertes et son épanouissement.



Bienveillance



Écoute



Respect



Éveil



Besoin d'une renseignement ?
D'un conseil ?

Contactez le Relais Petite Enfance,
43 avenue Félix Louat
60300 Senlis
Mail : rpe@ccsso.fr
Tel : 06.78.62.11.29 / 06.83.12.68.73

Pour me contacter :