

ATTESTATION

Pour l'enfant en situation de handicap accueilli par l'assistant(e) maternel(le)

L'assistant(e) maternel(le) :

Nom, prénom :

N°allocataire :

L'enfant :

Nom : Date de naissance : _ _ _ _ _

Prénom : N° allocataire de la famille : _ _ _ _ _

Les modalités d'accueil sur le dernier trimestre :

Nombre d'heures d'accueil par semaine : Date de début de l'accueil : _ _ _ _ _

Nombre de demi-journées par semaine : Date de fin de l'accueil(*si connue*) : _ _ _ _ _

Soit mois d'accueil sur le trimestre

Fait à

Le

Signature