Annexe n°

Nom du gestionnaire :

Nom du Relais Petite Enfance :

Nom de la MAM accompagné

Nom du gestionnaire (association) de la MAM

Si pas de collectif/ professionnels – Nom de la collectivité

**A quel moment la prise de contact a eu lieu ?**

Choisissez un élément.

**Quel a été l’objet de la prise de contact initiale**

*Possibilité cocher plusieurs cases*

[ ]  Les besoins en mode d’accueil/ demande des familles sur le territoire

 [ ] Le cadre d’exercice

[ ] Les démarches pour créer une structure

[ ] Le montage financier de la structure

[ ] Autre

Préciser la demande si autre :

**Type d’accompagnement mis en œuvre**

*Possibilité cocher plusieurs cases*

[ ]  Information sur le cadre d’exercice

[ ]  Orientation vers un acteur ressource

Préciser qui :

[ ]  Orientation vers une structure ou un acteur spécialisé dans le montage de projet

Préciser qui :

[ ]  Information sur les aides à l’installation (Caf, Msa…)

[ ]  Mise en relation avec les élus locaux

[ ]  Mise en relation avec d’autres professionnels intéressés par le projet

[ ]  Mise en réseau avec d’autres professionnels (échanges de pratique ...)

[ ]  Accompagnement sur l’écriture du projet d’accueil (remise de document de cadrage, conseils…)

[ ]  Autres

Préciser votre accompagnement si autre :

|  |
| --- |
| Toutes autres précisions ou commentaires que vous souhaitez exprimer :  |

[ ]  En cochant cette case, le Relais Petite Enfance s’engage à accompagner la MAM dans le cadre de son référentiel