  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