

**ENVOYER SANS DELAI à :**

**AU CENTRE MEDICO-SOCIAL DE VOTRE  
TERRITOIRE DE SOLIDARITE**

**DEMANDE d'AUTORISATION d'ACCUEIL EXCEPTIONNEL  
EN SURNOMBRE D'UN MINEUR  
CHEZ UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(E)**

*Dépassement de courte durée supérieur à 8 jours (cf. verso)*

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Tél. :

Capacité d'accueil :

Demande l'autorisation d'accueillir en surnombre le mineur suivant (nom et prénom) :

Date de naissance :

Adresse et n° de tél. des parents :

Motif de l'accueil :

Date de début:

Durée prévisible

Rythme :

**Date et signature :**

**DECISION DU PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL**

Favorable

Défavorable

Lieu \_\_\_\_\_ le,  
Pour le président du conseil départemental  
et par délégation,  
Le médecin de la PMI

*Date et signature :*

## PROPOSITION

### Évaluation de l'infirmière puéricultrice :

Le

Favorable

Défavorable

### **Article D 421-17**

À titre exceptionnel, à la demande de l'assistant maternel et avec l'accord préalable écrit du président du conseil départemental, le nombre d'enfants que l'assistant maternel est autorisé à accueillir peut être dépassé afin de lui permettre notamment de remplacer un autre assistant maternel indisponible pour une courte durée ou pendant la période d'adaptation d'un nouvel enfant confié.

Dans ce cas, l'assistant maternel en informe les parents des enfants qui lui sont confiés habituellement.