

**À RENVOYER SANS DELAI**

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

**INFORMATION D'ACCUEIL EXCEPTIONNEL EN SURNOMBRE  
D'UN MINEUR**

**CHEZ UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(E)**

***Situations urgentes et imprévisibles d'une durée inférieure à 8 jours***

Je soussigné(e) :

Demeurant :

Tél. :

Capacité d'accueil :

Déclare accueillir en surnombre depuis le :

Le mineur suivant (nom et prénom) :

Date de naissance :

Adresse et n° de tél. des parents :

Motif de l'accueil :

Durée prévisible (maximum 8 jours)<sup>i</sup>:

**Date et signature :**

Visa de l'infirmière-puéricultrice

Visa du médecin de la PMI du territoire

---

**Article D 421-17**

À titre exceptionnel, le nombre d'enfants que l'assistant maternel est autorisé à accueillir peut être dépassé pour assurer la continuité de l'accueil des enfants confiés dans des situations urgentes et imprévisibles.

L'assistant maternel en informe sans délai le président du conseil départemental

---

<sup>i</sup> Au-delà de 8 jours, faire une demande d'autorisation