

MODELE A RECOPIER SUR PAPIER LIBRE

ENGAGEMENT INDIVIDUEL D'ASSURANCE

EN CAS DE DELEGATION D'ACCUEIL

VILLE, le ../../....

NOM Prénom

Adresse

Code postal VILLE



@

Vos coordonnées

Direction de l'Enfance et de la
Famille

Service Départemental de la
Protection Maternel et Infantile
Mission Modes d'Accueil du Jeune
Enfant

Hôtel du Département
62018 ARRAS Cedex 9

Maison d'Assistants Maternels « **NOM de la MAM** »

Adresse

Code postal VILLE



@

Coordonnées de la MAM

Je soussigné(e) Madame/Monsieur **NOM Prénom** domicilié(e) **adresse Code Postal VILLE** atteste sur l'honneur des faits suivants :

Dans le cadre de mon activité professionnelle dans la Maison d'Assistants Maternels, identifiés ci-dessus, je m'engage à être assuré(e) pour tous les dommages, y compris ceux survenant au cours d'une période où l'accueil est délégué, que les enfants pourraient provoquer et pour ceux dont ils pourraient être victimes.

Cette attestation pourra être produite en justice et toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales prévues à l'article 441-7 du Code Pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **VILLE**, le ../../....

Signature :

MODELE A RECOPIER SUR PAPIER LIBRE