

MODELE A RECOPIER SUR PAPIER LIBRE

ENGAGEMENT INDIVIDUEL D'ASSURANCE

EN CAS DE DELEGATION D'ACCUEIL

NOM Prénom
Adresse
Code postal VILLE
☎
@



Maison d'Assistants Maternels "Nom de la MAM"
Adresse
Code postal VILLE
☎
@



VILLE, le

Direction de l'Enfance et de la
famille
Service Départemental de la
Protection Maternelle et Infantile
Bureau Agrément et Accueil du
Jeune Enfant
Hôtel du Département
62018 ARRAS Cedex 9

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 identifiée 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