



**RETRAIT DE MASQUES**  
FOURNIS PAR LE DEPARTEMENT  
**POUR LES ASSISTANT(ES) MATERNEL(LES) EN ACTIVITE**

**ATTESTATION DE GARDE D'ENFANT**

1. **A remplir**, dater, signer **par au moins 1 parent** dont l'enfant est gardé
2. **A présenter à la mairie** « point de retrait » par l'assistant maternel **avec son agrément délivré par le Département**

**Je soussigné(e), prénom, nom** .....

**déclare que** M. / Mme .....

assistant(e) maternel(le) agréé(e),

Demeurant rue .....

CP ..... Commune .....

**Garde (mon/mes) enfant(s),**

prénom(s) .....

.....

..... jour(s) par semaine, du ..... au ..... 2020

**Fait à ..... le .....**

**Signature**