



## COUPON-RÉPONSE

**À COMPLÉTER PUIS À RENVOYER PAR RETOUR  
DE COURRIER À LA SIGNATURE DU 1<sup>er</sup> CONTRAT**

*À l'adresse suivante :*

**Conseil départemental de la Haute-Garonne  
Direction Enfance et Famille  
Direction adjointe Protection Maternelle et Infantile  
Service Formation des Assistants Maternels – Bureau C 325  
1, boulevard de la Marquette – 31090 TOULOUSE Cedex 9  
def-serviceagrementassmat-assfam@cd31.fr**

**NOM :** ..... , **Prénom :** .....

**N° agrément :** .....

**Adresse :** .....

.....

.....

**Téléphone :** .....

**Maison des Solidarités du Conseil départemental 31 dont vous dépendez :**

.....

**Suite à mon agrément :**

**- J'ai effectué ma formation avec (nom de l'organisme) :** .....

**au mois de :** .....

**- J'ai accueilli un enfant et j'ai signé le 1<sup>er</sup> contrat de travail le :** .....

*(Préciser si vous travaillez en crèche familiale ou en maison d'assistant maternel : MAM)*

**Nous avons besoin de connaître cette date afin de mettre en place la suite de votre formation qui conformément à la loi doit se faire dans les 2 ans qui suivent la date du 1<sup>er</sup> contrat de travail.**

**Date :**

**Signature :**