

# A FOURNIR SOINS

## MATÉRIELS

## PARENTS

## NINON

GEL LAVANT  
(BIODERMA)

CRÈME DE CHANGE

COTON LAVABLE

COUCHES

SÉRUM PHYSIOLOGIQUE  
SERINGUE

KIT DE SECOURS

MÉDICAMENT  
(AVEC ORDONNANCE)

EAU NETTOYANTE  
(BÉBÉ CADUM)

X

X

X

LAVABLES

X

X

X

X

# A FOURNIR REPAS

MATÉRIELS

PARENTS

NINON

BIBERON

X

BAVOIR

X

ASSIETTE/COUVERTS

X

LAIT EN POUDRE

X

BOUTEILLE D'EAU

X

REPAS + GOUTER

X

VERRE/GOURDE

X

# A FOURNIR RÉCONFORT

MATÉRIELS

PARENTS

NINON

TÉTINES

X

DOUDOU

X

## SOMMEIL

TURBULETTE\*

X

\*DISPONIBLE A DOMICILE MAIS PEUT ÊTRE FOURNI PAR LES PARENTS S'ILS LE SOUHAITENT

# A FOURNIR EXTÉRIEUR

MATÉRIELS

PARENTS

NINON

CRÈME SOLAIRE

X

CHAPEAU/BONNET

X

LUNETTES DE SOLEIL

X

COMBINAISON

X

# A FOURNIR RECHARGE DE SAISON

## MATÉRIELS

1 BODY

1 TEE-SHIRT

1 PULL

1 PANTALON

UNE PAIRE  
DE CHAUSSETTE

SAC LAVABLE  
LINGE SALE

## PARENTS

X

X

X

X

X

## NINON

X

# Fiche de renseignements

(A noter qu'il est souhaitable d'actualiser ce document à chaque étape importante du développement de l'enfant)

Ce petit document me permet de t'accompagner tous les jours.

Nom :

Date :

Prénom :

Age :

Ai-je des frères et sœurs ?

☐ oui ☐ non

Si, oui précisez : .....

Suis-je habitué.e aux animaux ?

☐ oui ☐ non

Ai-je un objet , peluche dont je ne peux me séparer ?

☐ oui ☐ non

Si oui, précisez : .....

Quel est mon comportement vis-à-vis des autres enfants ?

☐ Avenant.e ☐ Réservé.e ☐ "Aggressif.ve"

Où en suis-je dans la continance ?

☐ Continant.e ☐ Continant.e à la sieste ☐ Incontinant.e

Si je suis incontinant.e :

☐ Je porte des couches ☐ Je vais sur le pot avec aide et sollicitation

☐ Je vais sur les WC avec aide et sollicitation

Suis-je habitué.e à être porté.e (porte bébé) ?

☐ oui ☐ non

Si, oui à quel moment :

☐ Balade ☐ Calmer mes pleurs ☐ M'aider à m'endormir

Niveaux d'acquis psychomoteurs :

☐ Je sais me tenir assis.e seul.e

☐ Je sais me retourner

☐ Je sais ramper

☐ Je sais faire du 4 pattes

☐ Je sais marcher

Quelles sont mes habitudes de jeux ? .....

Y a t-il des problématiques qui ont eu lieux durant la grossesse ou a naissance ?

.....

# Alimentation

J'apprécie manger :

- ☐ Dans un transat
- ☐ Sur une chaise haute
- ☐ Sur les genoux

Je mange :

- ☐ Seule
- ☐ Avec aide
- ☐ Lentement
- ☐ Rapidement

Je mange :

- ☐ Du lait au biberon
- ☐ Du solide mixé
- ☐ Du solide avec morceaux
- ☐ En DME

Je suis :

- ☐ Un.e petit.e mangeur.euse
- ☐ Un.e bon.ne mangeur.euse

Combien de biberon je prends dans la journée ? .....

L'heure de mes repas : .....

J'aime beaucoup : .....

Je ne raffole pas : .....

Ai je des allergies ?

Si oui, précisez : .....

☐ oui ☐ non

Ai-je des interdits ?

Si oui, précisez : .....

☐ oui ☐ non

Je bois mon eau dans :

- ☐ Au biberon
- ☐ Au verre
- ☐ Au gobelet (bec verseur, 360°)
- ☐ Autre : .....

Je préfère mes repas :

- ☐ Chaud
- ☐ Froid
- ☐ Tiède

# Sommeil

Je fais la sieste : ☐ oui ☐ non

Si oui, combien ? .....

Et leurs durées envrion : .....

Je me couche à quelle heure ?

Matin : .....

Après-midi : .....

Je préfère :

☐ La pénombre ☐ La lumière du jour

J'ai besoin :

☐ Doudou ☐ Tétine ☐ Musique ☐ Veilleuse ☐ Lecture

☐ Autres : .....

Je m'endors :

☐ Seule ☐ Avec une présence

Je me réveille :

☐ Tranquillement ☐ En pleurant

Je suis sensible aux bruits : ☐ oui ☐ non

Je suis plutôt : ☐ Pouce ☐ Tétine

Mes signes de fatigue : .....

Mes rituels de sommeil : .....

Si tu penses à d'autres informations qui pourraient m'être utile au quotidien dans ton accompagnement :

.....

## AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX TEMPS COLLECTIFS DU RELAIS PETITE ENFANCE ET DE RECEPTION DES INFORMATIONS

Document à retourner à la professionnelle du Relais Petite Enfance présente lors de la matinée dès la première participation.

### ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

### RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Concernant les temps collectifs :

☐ Autorise la participation de mon enfant aux temps collectifs du RPE avec son assistant maternel pendant toute la durée de notre contrat.

☐ Autorise Monsieur ou Madame..... (assistant maternel) à transporter notre enfant dans son véhicule pour participer aux matinées du RPE. *Pour rappel, l'assistant maternel doit en avoir avisé son assureur. Le transport de l'enfant doit se faire dans un siège homologué selon la législation en vigueur.*

Concernant la réception des informations :

☐ Souhaite recevoir les informations concernant les services du RPE.

☐ Souhaite recevoir les informations concernant la parentalité de la part de Terres de Montaigu.

Date et signature des parents :

### ASSISTANT MATERNEL

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

☐ Je reconnais avoir pris connaissance de la charte des temps collectifs du RPE et m'engage à la respecter.

Date et signature de l'assistant maternel :

Mise à jour  
18/06/2025

## LES ASSISTANT(E)S MATERNEL(LE)S EMPLOYE(E)S PAR LES PARTICULIERS REMUNERATION, INDEMNITES ET FRAIS

Document accessible sur le site de la DREETS des Pays de la Loire

<https://pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/>

SMIC au 1<sup>er</sup> novembre 2024 : **11,88 €** (*décret 2024-951 du 24 octobre 2024 portant relèvement du salaire minimum de croissance*)

Minimum Garanti (MG) au 1<sup>er</sup> novembre 2024 = **4,22 €**

Pour chaque enfant, le salaire horaire brut ne peut être inférieur à 0,281 x SMIC en vigueur, **soit 3,34 €** au 01.11.2024 (*article D.423-9 du code de l'action sociale et des familles* (CASF))

Le taux horaire brut conventionnel est de 3,64 € (soit 2,84 € nets) par heure et par enfant, au 25.11.2024

Il passe à 3,79 € bruts (soit 2,96 € nets) si l'assistante maternelle est titulaire du titre « assistante maternelle-garde d'enfants à domicile » de la branche professionnelle (*avenant n° 9 du 25/11/24 relatif à la modification de l'annexe 5 « salaires minima conventionnels applicables aux assistants maternels »*)

Heures majorées : Les heures de travail réalisées au-delà de 45 heures hebdomadaires ouvrent droit à une majoration de salaire. Le taux de majoration est prévu au contrat de travail et ne peut être inférieur à 10%.

Heures complémentaires : Les heures de travail effectuées au-delà de la durée prévue au contrat et jusqu'à 45 heures par semaine pourront être majorées par accord contractuel. (*Article 110 CCN*)

Les indemnités d'entretien, pour frais de repas et pour frais de déplacement sont prévues au contrat de travail, et inscrites sur le bulletin de salaire :

- Elles doivent donc être déclarées auprès du centre national PAJEMPLOI.
- Elles n'ont pas le caractère de salaire.
- Elles ne sont pas soumises à charges sociales.
- Elles ne sont pas dues en cas d'absence de l'enfant (article L.423-18 du CASF).

### ★ Indemnité d'entretien (*article 114-1 CCN*)

Indemnité d'entretien minimum par jour et par enfant :

90% du MG = 4,22 € X 0,90 = **3,80 €** pour une journée d'accueil de 9 heures.

**3,80 €** / 9 heures = **0,42 €** pour une heure d'accueil, sans pouvoir être inférieure à **2,65 €** par journée d'accueil.

Nombre d'heures d'accueil par journée d'accueil	Indemnité d'entretien minimum par journée d'accueil
Moins de 9 heures d'accueil	Au minimum l'indemnité forfaitaire égale à <b>2,65 €</b> (quelle que soit la durée de l'accueil),  <b>OU</b> (si c'est plus avantageux pour l'assistante maternelle)  l'indemnité conventionnelle divisée par 9 heures et multipliée par le nombre d'heures d'accueil, <b>soit : 3,80 € / 9 X nb d'heures d'accueil.</b>
9 heures d'accueil	Indemnité conventionnelle = <b>3,80 €</b>
Plus de 9 heures d'accueil	Indemnité conventionnelle égale à <b>3,80 € + 0,42 €</b> par heure dépassant 9 h Exemple : pour 11 heures d'accueil (soit 2 heures de dépassement) , le calcul est : <b>3,80 € + (2*0,42) = 4,64 €</b>

★ **Frais de repas (article D. 423-8 du CASF et article 114-2 CCN)**

Le choix de fournir ou de ne pas fournir les repas est précisé au contrat.

**Le salarié fournit les repas :**

« Lorsque l'assistant maternel fournit les repas pour l'enfant accueilli, une indemnité de repas est versée par le particulier employeur, en complément du salaire.

Les parties prévoient, dans le contrat de travail, la nature, le nombre de repas fournis ainsi que le montant de l'indemnité. Cette dernière est déterminée en fonction des repas fournis. » (article 114-2 CCN)

**Le parent employeur fournit le repas de son (ou ses) enfant(s) :**

« Lorsque le particulier employeur fournit les repas de l'enfant, aucune indemnité n'est due à l'assistant maternel. Le particulier employeur communique par écrit à l'assistant maternel le coût, des repas fournis. » (article 114-2 CCN)

★ **Frais de déplacements : Indemnités liées à la conduite d'un véhicule (articles 57 et 113 CCN)**

Si le particulier employeur demande à l'assistant maternel, qui l'accepte, d'utiliser son véhicule pour transporter l'enfant accueilli, une indemnité kilométrique lui est alors versée (article 57)

Lorsque plusieurs particuliers employeurs sont demandeurs de déplacements, l'indemnité due par chacun d'entre eux est calculée au prorata du nombre d'enfants transportés, y compris ceux de l'assistant maternel si le déplacement est effectué pour répondre à leurs besoins.

**Chaque particulier employeur est alors redevable de la quote-part de l'indemnité calculée pour son enfant.**

Le montant de l'indemnité kilométrique est fixé par les parties dans le contrat de travail. **Il ne peut être ni inférieur au barème de l'administration ni supérieur au barème fiscal.**

**Barème pour les indemnités kilométriques des déplacements temporaires des personnels de l'Etat**

[Arrêté du 14/03/2022 \(JO du 15/03/2022\) modifiant arrêté du 3 juillet 2006](#)

Véhicule	Jusqu'à 2 000 km	De 2 001 à 10 000 km	Après 10 000 km
5 CV et moins	0,32 €	0,40 €	0,23 €
De 6 à 7 CV	0,41 €	0,51 €	0,30 €
8 CV et plus	0,45 €	0,55 €	0,32 €

**Barème forfaitaire de l'administration fiscale pour l'impôt sur le revenu –**

[Arrêté du 27 mars 2023 fixant le barème forfaitaire permettant l'évaluation des frais de déplacement relatifs à l'utilisation d'un véhicule par les bénéficiaires de traitements et salaires optant pour le régime des frais réels déductibles](#)

Prix de revient kilométrique (frais de garage exclus) exprimé en €

« d » représente la distance parcourue

Puissance administrative en chevaux	Jusqu'à 5 000 km	De 5 001 à 20 000 km	Au-delà de 20 000 km
3 CV et moins	d x 0,529 €	(d x 0,316 €) + 1065	d x 0,370 €
4 CV	d x 0,606 €	(d x 0,340 €) + 1330	d x 0,407 €
5 CV	d x 0,636 €	(d x 0,357 €) + 1395	d x 0,427 €
6 CV	d x 0,665 €	(d x 0,374) + 1457	d x 0,447 €
7 CV et plus	d x 0,697 €	(d x 0,394) + 1515	d x 0,470 €

✦ **Prise en charge d'une partie du coût de l'abonnement à un service de transports publics de personnes ou à un service public de location de vélos ([article 115-chapitre VIII- nouvelle CCN](#) )**

Conformément aux dispositions légales et réglementaires de droit commun, le salarié bénéficie d'une prise en charge, par le particulier employeur, **à hauteur de cinquante pour cent (50 %)** du prix du titre d'abonnement qu'il a souscrit pour réaliser les déplacements entre son domicile habituel et son lieu de travail, au moyen de transports publics de personnes ou de services publics de location de vélos.



Pour les calculs relatifs au salaire net, voir l'URSSAF via [PajEmploi](#) ou  
la plate-forme interrégionale Po'Part –  
téléphone : 08 20 00 72 53 (garde d'enfant et assistance maternelle)  
téléphone : 08 20 00 23 78 (CESU et autres salariés à domicile)

#### CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE –CCN–

Particuliers employeurs et emploi à domicile

**IDCC : 3239**

Convention collective en ligne par le lien ci-dessus, sur Légifrance,

En vente à la Documentation Française ([www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr))

et à la Direction des Journaux officiels 26 rue Desaix

75727 PARIS cedex 15 (télécopie 01 45 79 17 84) [www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr)

DREETS des Pays de la Loire

22 mai Pablo Picasso – BP 23209 – 44042 NANTES cedex 1 - Standard : 02.53.46.79.00 / Télécopie : 02.53.46.78.00

Directeur de la publication : Marie-Pierre DURAND

La diffusion de ce document est libre. En revanche, toute reproduction, même partielle, nécessite le consentement explicite de la DREETS Pays de la Loire, sans préjudice des dispositions de l'article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

# - Autorisation de sorties -

Nous, soussigné.e.s .....  
et.....  
parents de l'enfant.....  
autorisons .....  
assistant.e maternel.le à participer aux activités suivantes avec notre enfant à  
condition d'en avoir été informé en amont:

- ☐ Sorties au parc, bibliothèque....
- ☐ Courses, marché...
- ☐ Spectacles destinés aux enfants
- ☐ Sorties au Relais Petite Enfance
- ☐ Déplacements pour les enfants accueillis
- ☐ Déplacement pour les enfants de l'assistant.e maternel.le
- ☐ Autres : .....

Fait le ..... à .....

Signatures des parents précédées  
de la mention "lu et approuvé"

Signature de l'assistant.e maternel.le précédée  
de la mention "lu et approuvé"



# - Autorisation de transport -

Nous soussigné.e.s ..... et  
..... autorisons .....  
assistant.e maternel.le à :

Utiliser les transports en commun avec notre enfant

☐ oui

☐ non

A emmener notre enfant dans son véhicule en cas de sorties ou si nécessaire

☐ oui, selon la législation en vigueur

☐ non

A se déplacer en vélo avec notre enfant (avec casque)

☐ oui, sur un siège enfant

☐ oui, enfant à vélo

☐ non

Fait le..... à .....

Signatures des parents précédées  
de la mention "lu et approuvé"

Signature de l'assistant.e maternel.le précédée  
de la mention "lu et approuvé"



# - Dossier médical -

Ce protocole de soins permet aux assistants maternels, de pouvoir accomplir les « actes de la vie courante » auprès de l'enfant en garde. L'assistant maternel ne peut en aucun cas et sous aucun prétexte que ce soit, administrer un médicament sans ordonnance du médecin traitant de l'enfant, et sans protocole de soins

En application de l'article L372 du code de la santé publique, l'assistant maternel n'est pas habilité à donner des soins réservés aux auxiliaires médicaux. Cependant, le conseil d'état dans un avis du 9 mars 1999 repris dans une circulaire du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments admet que les assistants maternels peuvent aider à accomplir des actes de la vie courante et aider à la prise des médicaments lorsque le mode de prise ne présente pas de difficultés particulières à la condition, toutefois qu'une ordonnance et un protocole de soins lui soient délivrés.

## Protocole de soins établi pour l'accueil de l'enfant :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de sécurité social : .....

## L'assistante maternelle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

N° d'agrément en qualité d'assistante maternelle : .....

Date de délivrance de l'agrément ou date du dernier renouvellement : .....

Fin de validité de l'agrément : .....

## Docteur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....



Parafes

# Fiche médicale

*À faire remplir par un médecin*

## Antécédents médicaux (Pathologie.s et date)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Antécédents chirurgicaux (Pathologie.s et date)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Parafes

# Fiche médicale

*À faire remplir par un médecin*

## Traitement de longue durée?

(Nom du médicament, dosage, posologie)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Contre - indication médicamenteuse?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Allergies, intolérances?

---

---

---

---

---

---

---

---



Parafes

# Fiche médicale

À faire remplir par un médecin

## Vaccinations

Vaccins	Date 1er injection	Rappel	Rappel

## Autres

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Parafes 

# Protocole de soins

*À faire remplir par un médecin*

**En cas de fièvre (>38,5°C) ou de douleur.s**

**Appliquer, administrer:** .....

**En cas de diarrhée**

**Appliquer, administrer:**.....

**En cas d'érythème fessier**

**Appliquer, administrer:**.....

**En cas de vomissements**

**Appliquer, administrer:** .....

**En cas de coups sans plaie**

**Appliquer, administrer:** .....

**En cas de petite plaie**

**Appliquer, administrer:** .....

**En cas de brûlure légère**

**Appliquer, administrer:** .....

**En cas de poussée dentaires**

**Appliquer, administrer:** .....

**En cas de piqûre d'insecte**

**Appliquer, administrer:** .....

**Pour l'hygiène des yeux et du nez:**

**Appliquer, administrer:** .....

**Autres:**

**Appliquer, administrer:** .....



**Parafes**

# Autorisation d'administration des médicaments

*À faire remplir par les parents*

Nous soussignés ..... et  
..... parent.s de l'enfant  
..... autorisons .....  
..... assistant.e maternel.le à administrer les  
médicaments nécessaires à la santé de notre enfant, avec une ordonnance valide.  
Lorsque cela a été nécessaire, nous nous engageons à rembourser sans délai, les frais  
engagés par l'assistant.e maternel.le.

Personnes à prévenir en cas d'urgence si les parents sont injoignables :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

Ces personnes sont prévenues par les parents qu'elles peuvent être contactées par  
l'assistant. maternel.le s'ils sont injoignables.



Parafes 

# Intervention médicale d'urgence

*À faire remplir par les parents*

L'assistant.e maternel.le ne peut pas transporter l'enfant nécessitant des soins dans son véhicule personnel sauf en dernier recours.

Nous, soussigné.e.s .....  
autorisons le transfert à l'hôpital de notre enfant .....  
par un transport dédié pour que puisse être pratiqué tout acte médical jugé comme  
utile par un médecin pour la santé de notre enfant.

Hôpital souhaité pour le transfert de l'enfant

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone .....

Fait à ..... le .....

Signature Médecin	Signature Parent avec la mention "Lu et approuvé"	Signature Parent avec la mention "Lu et approuvé"	Signature Assistant.s maternel.le avec la mention "Lu et approuvé"



# Intervention médicale d'urgence

*À faire remplir par les parents*

L'assistant.e maternel.le ne peut pas transporter l'enfant nécessitant des soins dans son véhicule personnel sauf en dernier recours.

Nous, soussigné.e.s .....  
autorisons le transfert à l'hôpital de notre enfant .....  
par un transport dédié pour que puisse être pratiqué tout acte médical jugé comme  
utile par un médecin pour la santé de notre enfant.

Hôpital souhaité pour le transfert de l'enfant

Nom .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone .....

Fait à ..... le .....

Signature Médecin	Signature Parent avec la mention "Lu et approuvé"	Signature Parent avec la mention "Lu et approuvé"	Signature Assistant.s maternel.le avec la mention "Lu et approuvé"



# - Droit à l'image -

Nous, soussigné.e.s ..... et

.....  
parents de l'enfant .....

	autorisons	n'autorisons pas
Transmissions des photos aux parents exclusivement format papier ou numérique		
Transmissions des photos prises avec d'autres enfants accueillis aux familles respectives		
Conservation des photos par l'assistant.e maternel.l		
Partage sur les réseaux sociaux		
Utilisation de photo pour la promotion de certains actions auprès du relais petite enfance		

Fait le ..... à .....

Signatures des parents précédées  
de la mention "lu et approuvé"

Signature de l'assistant.e maternel.le précédée  
de la mention "lu et approuvé"



# Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nous, soussigné.e.s ..... et .....  
....., parents de l'enfant .....  
..... autorisons les personnes suivantes à venir chercher notre enfant:

Toutes personnes venant chercher l'enfant doit être majeure.

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Numéro de téléphone

Fait le ..... à .....

Signatures des parents précédées  
de la mention "lu et approuvé"

Signature de l'assistant.e maternel.le précédée  
de la mention "lu et approuvé"

