

**BILAN DE L’ACCUEIL de votre enfant chez un assistant maternel**

A renvoyer au centre de PMI du secteur de l’agrément

**L’assistant maternel**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Adresse** |  |
| **Motif de fin de contrat** |  |
| **Période d’accueil** |  |

|  |
| --- |
| **Le contrat d’accueil : Votre enfant est une personne unique** |
| **Une période d’adaptation a-t-elle été mise en place avant l’accueil de votre enfant ?**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | Oui | non |
|  |  |
| **Un contrat d’accueil pour votre enfant a-t-il été rédigé ?****……………………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………….** |  |  |
| Avez-vous pu discuter avec votre assistant maternel de vos attentes en terme de maternage ou de pratiques éducatives ?…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………. |  |  |
| **La qualité des échanges autour de votre enfant** |
| **Les échanges d’informations concernant votre enfant étaient-ils quotidiens ?** **Répondaient-ils à vos attentes ?****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |  |  |
| Selon vous, votre assistant maternel a-t-il fait preuve de discrétion et de responsabilité professionnelle ?…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **Le prendre soin** |
| Selon vous, le travail de l’assistant maternel a t-il favorisé le développement physique, sensoriel et affectif de votre enfant, en tenant compte de ses besoins d’expériences et de découvertes pour apprendre à faire seul ?…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| **L’organisation quotidienne** |
| L’assistant maternel a-t-il pu, selon vous, concilier sa vie familiale et sa vie professionnelle, dans le respect de l’accueil de votre enfant ?…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………… | oui | non |
|  |  |
| **Votre enfant a-t-il fréquenté avec son assistant maternel des lieux extérieurs ?****Lesquels ?**……………………………………………………………………………………………**Pourquoi ?**…………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **L’organisation quotidienne (suite)** |
| **En cas de maladie ou d’accidents, les dispositions prises ont-elles été efficaces**?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | oui | non |
|  |  |
| **Les repas** |
| **Avez-vous eu le choix d'apporter les repas de votre enfant ?** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |
| **Si le repas était fourni par l'assistant maternel, la composition, la quantité, et la préparation étaient-elles adaptées aux besoins de votre enfant ?**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **Le logement** |
| Les conditions matérielles de sécurité et d’hygiène du logement vous ont-elles paru adaptées durant toute la période d’accueil de votre enfant ?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Le matériel de puériculture, jouets, jeux mis à disposition de votre enfant, étaient-ils adaptés, de qualité et aux normes ?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **La relation employeur / employé** |
| Durant le contrat de travail, avez-vous eu un entretien d’évaluation avec votre assistant maternel ?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Votre assistant maternel a-t-il bénéficié d’une formation continue ?**Si OUI lesquelles ?**……………………………………………………………………………………………**Si non, pourquoi ?**…………………………………………………………………………………………… |  |  |
| **Avez-vous des observations ou suggestions particulières à formuler ?** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |  |

*Ce questionnaire de satisfaction sera utilisé par le service de PMI pour contrôler et accompagner l’assistant maternel dans ses pratiques. L’anonymat sera conservé.*

*Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné contrôler et accompagner l’assistant maternel dans ses pratiques. Le Département des Alpes-Maritimes est le responsable de traitement. La base légale du traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public relevant de l’autorité publique (Article 6-1 e du Règlement général sur la protection des données)*

*Les catégories de données collectées et enregistrées sont les suivantes :*

* *État civil, données d’identification : Nom (nom de jeune fille), prénom Adresse de l’assistant maternel concerné*
* *Modalités d’accueil de l’assistant maternel*

*Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et aux prescriptions des archives de France*

*Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département à savoir*

* *le Service Gestion et Promotion des Équipements*

*Conformément aux article 39 et suivants de  la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, les personnes concernées bénéficient d’un droit d’accès, de rectification aux informations qui les concernent- les personnes concernées peuvent également définir le* [*sort de leurs données après leur décès*](https://www.cnil.fr/fr/ce-que-change-la-loi-pour-une-republique-numerique-pour-la-protection-des-donnees-personnelles#mortnumerique) *, en s’ adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des données – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par mail à* *donnees\_personnelles@departement06.fr**. Les personnes concernées peuvent également, pour des motifs légitimes, s’opposer au traitement des données les concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.*

*Depuis l’entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager aura le droit*

* *De s’opposer au profilage*
* *De demander la limitation du traitement*
* *D'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Tél : 01 53 73 22 22.* [*www.cnil.fr*](http://www.cnil.fr) *)*