



DIRSOL  
Service de PMI

## DÉCLARATION OBLIGATOIRE en cas de CHANGEMENT de RÉSIDENCE d'un(e) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)

Conformément aux dispositions de l'Art. R 421-24 du code de l'action sociale et des familles :

1 - Si vous **changez de résidence dans le département de Meurthe et Moselle**, vous êtes tenu(e) de notifier **15 jours au moins avant votre emménagement**, par lettre recommandée avec accusé de réception, votre **nouvelle adresse** au Président du Conseil Départemental. Vous voudrez bien compléter le verso de ce formulaire et l'adresser au Médecin de P.M.I. du Territoire de votre secteur.

Vous pouvez vous procurer des exemplaires de ce formulaire soit au Territoire., soit dans les Maisons des solidarités.

Outre, **son caractère obligatoire**, votre démarche contribuera à l'exactitude des renseignements figurant dans la liste mise à la disposition des parents à la recherche d'une assistant(e) maternel(le) agréé(e).

Par ailleurs, nous vous rappelons qu'à la suite de votre emménagement, un travailleur médico-social effectuera une visite à domicile pour apprécier vos nouvelles conditions d'accueil.

2 - Si **vous changez de département**,

Vous devez notifier par lettre recommandée avec accusé de réception, votre adresse au Président du Conseil Départemental de votre nouveau département de résidence, 15 jours au moins avant votre emménagement, en y joignant copie de votre attestation d'agrément. Dans ce cas, votre agrément demeurera valable, sous réserve d'une vérification de vos nouvelles conditions de logement dans un délai d'un mois après votre emménagement

### ATTENTION :

**Tout changement d'adresse non signalé dans les délais légaux peut entraîner la péremption de votre agrément et mettre les parents en difficulté avec le CENTRE PAJEMPLOI**

**Votre responsabilité peut être engagée.**

**DÉCLARATION OBLIGATOIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE RÉSIDENCE  
D'UN(E) ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

Je soussigné(e)....., Assistant(e) Maternel(le)

Agréé(e) sous le n° 54 C .....

informe le Président du Conseil Départemental de mon **changement d'adresse** à compter du.....

ancienne adresse :

nouvelle adresse et ☎ :

Observations particulières :

**Date et Signature**