

# **MODELE A RECOPIER SUR PAPIER LIBRE**

## ENGAGEMENT INDIVIDUEL D'ASSURANCE

### EN CAS DE DELEGATION D'ACCUEIL

NOM Prénom  
Adresse  
Code postal VILLE  
☎  
@



VILLE, le

Direction de l'Enfance et de la  
famille  
Service Départemental de la  
Protection Maternelle et Infantile  
Bureau Agrément et Accueil du  
Jeune Enfant  
Hôtel du Département  
62018 ARRAS Cedex 9

Maison d'Assistants Maternels "Nom de la MAM"  
Adresse  
Code postal VILLE  
☎  
@



Je soussigné(e) Madame/Monsieur **NOM Prénom** domicilié(e) **adresse Code Postal VILLE** atteste sur l'honneur des faits suivants :

Dans le cadre de mon activité professionnelle dans la Maison d'Assistants Maternels identifiée ci-dessus, je m'engage à être assuré(e) pour tous les dommages, y compris ceux survenant au cours d'une période où l'accueil est délégué, que les enfants pourraient provoquer et pour ceux dont ils pourraient être victimes.

Cette attestation pourra être produite en justice et toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales prévues à l'article 441-7 du Code pénal.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **VILLE**, le

Signature :

**MODELE A RECOPIER SUR PAPIER LIBRE**