

Pôle solidarité enfance  
Maison du département  
Adresse  
87  
Affaire suivie par : nom de la secrétaire  
tel : 05.55.  
fax : 05.55.

**Demande d'agrément  
ou de renouvellement d'agrément d'assistant(e) maternel(le)**

Madame ou Monsieur.....

Domiciliée à.....

**Autorisation d'utilisation numéro téléphone sur liste rouge**

Numéro de téléphone :.....

**Autorise**

**N'autorise pas**

les services du Conseil départemental de la Haute-Vienne à mentionner ce numéro sur la liste de diffusion des assistant(e)s maternel(le)s agréé(e)s du Département.

**Autorisation d'utilisation adresse de messagerie**

Adresse de messagerie :.....

**Autorise**

**N'autorise pas**

les services du Conseil départemental de la Haute-Vienne à mentionner ce mail sur la liste de diffusion des assistant(e)s maternel(le)s agréé(e)s du Département, sur le site [assmat87](http://assmat87) ou à l'utiliser pour vous diffuser des informations.

Date et signature :