



Pôle solidarité enfance
Direction santé parentalité petite enfance

**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 ou à l'utiliser pour vous diffuser des informations.

Date et signature :