

LE CONTRAT DE TRAVAIL

Contrat à Durée Indéterminée

De mon Assistant(e) Maternel(le)

Assistant(e) maternel(le) employé(e) :

Parents employeurs :

Enfant concerné :

Date du contrat : __ / __ / ____



Note d'information

Vous avez choisi de faire garder votre enfant par un(e) assistant(e) maternel(le). La législation (loi du 27 juin 2005 L773- 1) et la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur (IDCC :2395) , rendent obligatoire la rédaction d'un contrat de travail et la mensualisation du salaire de l'assistante maternelle.

Ce contrat est un modèle.

Il vous est proposé par le centre PAJEMPLOI, pour vous aider à trouver un accord sur les modalités d'accueil afin d'éviter, autant que possible, tout malentendu qui serait préjudiciable à l'enfant et/ou à l'une des deux parties.
(www.pajemploi.urssaf.fr)

Parents et assistant(e) maternel(le) déterminent ensemble le contenu et la forme du contrat dans le respect de la législation en vigueur. Seules les parties signataires sont responsables de sa rédaction définitive.

Rédigé en deux exemplaires datés, paraphés et signés par l'employeur et le salarié, il précise les obligations administratives et conventionnelles mais aussi les conditions d'accueil de l'enfant. Il est signé lors de l'embauche.

Toute modification doit être négociée entre les deux parties et doit faire l'objet d'un **avenant** rédigé en deux exemplaires, datés et signés par chacune d'entre elles.

Les animatrices Relais Petite Enfance restent à votre disposition pour vous renseigner :



02 41 70 97 05



Relais Petite Enfance
18 avenue de la Croix Verte
Saint Pierre Montlimart
49110 MONTREVAULT-SUR-ÈVRE



relaispetiteenfance@montrevaultsurevre.fr
www.montrevaultsurevre.fr



Aurélie RABIN et Barbara MALEINGE vous accueillent **sur rendez-vous** à la maison de l'enfance « Grains de Soleil » :

Le lundi et le vendredi de 13h30 à 17h30

Le mardi de 14h00 à 18h30

Le mercredi et le samedi de 9h00 à 12h30.

Documents à joindre au contrat de travail

ANNEXES OBLIGATOIRES

- Copie de l'attestation d'agrément valide
- Copie de l'attestation Responsabilité Civile professionnelle de l'assistante maternelle
- Autorisation concernant les modes de déplacement de l'enfant et copie de l'attestation d'assurance automobile.
- Photocopie des vaccins à jour.

ANNEXES CONSEILLÉES

● **Annexe I : Autorisation de transport**

- modalités de déplacements avec l'enfant (trajets école, trajets dans la commune et hors commune...)

● **Annexe II : Autorisation de confier l'enfant**

- Listes et coordonnées des personnes autorisées à venir chercher l'enfant au domicile du salarié.

- Liste des personnes à contacter en cas d'urgence et en l'absence des parents

● **Annexe III : Urgences, informations et autorisation d'administrer des médicaments**

- Coordonnées téléphoniques complètes des parents (domicile, portable, travail...)

- Coordonnées du médecin à contacter.

- Éléments relatifs à la santé de l'enfant (veiller à communiquer des documents à jours : copie des pages de vaccinations du carnet de santé, ordonnance ou protocole du médecin si traitement)

● **Annexe IV : Autorisation de diffusion d'images et autorisation de participer aux matinées rencontres organisées par le Relais Petite Enfance.**

- autorisation pour prise de photographies ou film

- autorisation de diffusion (supports de communication, site de la commune, du service Relais Petite Enfance, affichage, article de presse...)

ANNEXES PROPOSÉES PAR LE RELAIS PETITE ENFANCE

- Fiche calcul de la mensualisation (année incomplète)
- Avenant au contrat de travail
- Les congés payés
- La régularisation du salaire de l'assistant(e) maternel(le)
- La formation continue des assistant(e)s maternel(le)s

NOM DU SERVICE	COORDONNÉES	ADRESSE POSTALE
RPE Relais Petite Enfance	☎ 02.41.70.97.05 relaispetiteenfance@montrevaultsurevre.fr	Maison « Grains de Soleil » 18 avenue de la Croix verte Saint Pierre Montlimart 49110 MONTREVAULT-SUR-ÈVRE
CAF Caisse d'Allocations Familiales de Maine et Loire	☎ 32.30 www.caf.fr www.monenfaf.fr www.parent49.fr	32 rue Louis Gain 49 927 ANGERS Cedex 9
MSA Mutualité Sociale Agricole	☎ 02.41.31.75.75 www.maineetloire.msa.fr	3 rue Charles Lacretelle 49070 BEAUCOUZE
Centre PAJEMPLOI	☎ 0.806.00.72.53 www.pajemploi.urssaf.fr pajemploi@ursaff.fr	21 rue Charles Dupuy 43013 LE PUY EN VELLAY CEDEX
Conseil Départemental	☎ 02.41.81.49.49 www.maine-et-loire.fr www.assmat.maine-et-loire.fr	CS 94104 49441 ANGERS CEDEX 9
MDS Maison des solidarités service du Département	☎ 02.41.49.76.10	2 rue du Sous-Préfet Barré 49600 BEAUPREAU
CPAM Caisse primaire d'assurance maladie	www.ameli.fr	32 rue Louis Gain 49 927 ANGERS Cedex 9
CARSAT Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail	www.carsat-pl.fr	Département retraite 2 place de Bretagne 49932 NANTES CEDEX 9
IRCEM groupe protection social des emplois et de la famille	0.980.980.990 www.ircem.com	
DREETS Direction Régionale de l'Economie, de l'emploi, du travail et des solidarités	☎ 08.06.00.01.26 www.travail-solidarite.gouv.fr	3 Place Michel Ange -Bat B- 49300 CHOLET 7 rue Bouché Thomas 49036 ANGERS
FEPEM Fédération du Particulier Employeur	☎ 0.825.07.64.64 www.fepem.fr	15 rue du bâtonnier Guinaudeau 44 100 NANTES

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je, soussigné(e), Madame....., Monsieur.....

autorise (*)

n'autorise pas (*)

(*) rayer la mention inutile

Madame, Monsieur....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), à transporter
mon **enfant**....., né(e) le :

dans son véhicule personnel en respectant les conditions de sécurité prévues par la législation en vigueur (siège auto homologué – dispositif de retenue ...).

Précisez éventuellement les conditions particulières (conduite à l'école, trajet dans la commune, hors commune, motif du déplacement, distance si trajet régulier ...) :.....

Nom de la compagnie :

N° du contrat automobile :

Chaque année l'assistant(e) maternel(le) fournira à l'employeur la photocopie de l'attestation d'assurance du véhicule stipulant les garanties du contrat d'assurance.

Vérifiez que l'extension pour transport de personnes dans le cadre professionnel a été souscrite.

Fait à :

Le :

Signature :

AUTORISATION DE CONFIER L'ENFANT

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur.....

autorisons (autorise) Madame, Monsieur.....assistant(e) maternel(le)

à confier l'enfant : NOM :..... Prénom :.....

➔ à l'établissement d'accueil du jeune enfant selon des modalités définies ci-dessous :

.....

➔ à Madame, Monsieur :

adresse :.....

.....
 tél :.....

➔ à Madame, Monsieur :

adresse :.....

.....
 tél :.....

en cas d'indisponibilité de notre part.

➔ à Madame, Monsieur :

adresse :.....

.....
 tél :.....

➔ à Madame, Monsieur :

adresse :.....

.....
 tél :.....

en cas d'urgence pour l'assistante maternelle.

RAPPEL IMORTANT : Même avec l'autorisation des parents, il est interdit aux assistant(e)s maternel(le)s de laisser un enfant seul, même pour quelques instants ou de le confier à un mineur.

Fait à : Le

Signature :

URGENCES

Nom et prénom de l'enfant :

En cas de besoin ou d'accident, prévenir :

	Nom- et Prénom du Père	Nom et Prénom de la Mère
Travail		
Domicile		

Autres (à préciser) : Madame, Monsieur.....

Adresse :.....

.....

Tél :.....

Coordonnées du médecin à contacter :

Nom – Prénom :.....

Adresse :.....

.....

Tél :.....

INFORMATIONS MÉDICALES

OBLIGATION : FOURNIR LA PHOTOCOPIE DES VACCINS DE VOTRE ENFANT A L'ASSISTANT MATERNEL

Concernant l'enfant : NOM :..... Prénom :.....

Informations médicales qui doivent être signalées à l'assistant(e) maternel(le) : allergies, convulsions, asthme, vomissements fréquents...

.....

.....

Prise de médicaments :

- L'assistante maternelle est autorisée à administrer des médicaments en cas de traitement, avec impérativement, la copie de l'ordonnance.
- Hors traitement, aucun médicament ne peut être donné sans autorisation des parents.

EN CAS D'URGENCE :

SAMU - ☎ : 15

Centre Anti-Poison - ☎ : 02.41.48.21.21

Pompier - ☎ : 18

Si une hospitalisation est nécessaire, établissement souhaité :

AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS

Je soussigné (particulier employeur).....,
demeurant au.....,
autorise (assistant maternel).....,
demeurant au,
assistant(e) maternel(le) agréé(e), à donner à notre enfant (nom prénom de l'enfant)
....., un traitement médical ou un régime alimentaire sur
prescription médicale, à condition de se conformer aux règles en vigueur, et notamment, en cas
d'administration de soins ou de médicament, que celle-ci puisse être regardée comme un acte de la vie
courante au sens des dispositions du code de l'action sociale et des familles, que ces soins ou
traitements aient fait l'objet d'une prescription médicale et que le médecin prescripteur n'ait pas
expressément demandé l'intervention d'un auxiliaire médical.

Nous mettons à la disposition de l'assistant(e) maternel(le), les ordonnances concernées.

Fait à : Le :

Signature du particulier employeur :

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES

Je, soussigné(e).....

agissant en tant que représentant(e) légal(e) de l'enfant

.....

☐ autorise :

– la prise de photographies et de films (captation, fixation, enregistrement, numérisation) de mon enfant le représentant dans le cadre des activités du Relais Petite Enfance.

– la diffusion et la publication de photographies représentant mon enfant dans les cadres strictement énoncés ci-après :

- * sur tout support de communication et d'information de Montrevault-sur-Èvre relatif à la promotion de ces activités, notamment le Magazine mensuel, le site Internet, les pages Facebook et la Newsletter
- * articles de presse écrite couvrant ces activités

☐ n'autorise pas la prise de vues, ni la diffusion d'images de mon enfant.

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou numérique).

Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation (ou du site) précisée.

Les photographies et films ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages.

Conformément à la loi, le libre accès aux données iconographiques qui vous concernent est garanti.

Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie ou film si vous le jugez utile.

Date :

Lieu :

Signature :

AUTORISATION DE PARTICIPER AUX MATINÉES RENCONTRES ORGANISÉES PAR LE RELAIS PETITE ENFANCE

(ce document est à remettre aux animatrices du Relais Petite Enfance lors de la 1ère matinée de votre enfant)

Le service enfance-jeunesse est équipé d'un logiciel de gestion unique.

Un portail famille est en place afin d'harmoniser les données entre les services, de faciliter le fonctionnement et la communication avec les familles.

Le Relais l'utilise pour noter la participation de votre enfant aux activités organisées par le service (matinées rencontre, sorties, spectacles...)

Ce document nous permet donc d'avoir des renseignements actualisés.

	PÈRE DE L'ENFANT	MÈRE DE L'ENFANT
NOM + PRÉNOM		
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE		
TÉLÉPHONE		
ADRESSE MAIL		

Date du début du contrat :

autorisons notre assistante maternelle :

Madame

à participer aux matinées organisées par le relais petite enfance avec notre enfant:

	ENFANT
NOM + PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	

Pendant ce temps collectif l'enfant reste sous la responsabilité de l'assistant(e) maternel(le).

Fait à :

Le :

SIGNATURES DES PARENTS :

FICHE CALCUL MENSUALISATION (Année incomplète – enfant gardé à la journée)

Date de début du contrat :

Date de mensualisation :
(La mensualisation démarre avec un mois complet)

Tarif horaire brut et net du salarié :

Durée hebdomadaire de garde :
(minimum/semaine)

(La mensualisation démarre avec un mois complet)

(minimum/semaine)

Nombre de semaines de garde dans l'année :

Absence de l'enfant *due aux parents* :

Absence de l'enfant *due à l'assistante maternelle* :

Soit 52 - = semaines/an

Soit 52 - = semaines/an

Soit heures/mois pendant mois.

Montant base mensuelle : (à reporter sur le contrat de travail page 2)

Tarif horaire brut X Nbre heures mensuelles =

Tarif horaire net X Nbre heures mensuelles =

Tarif horaire net X Nbre heures mensuelles =

Heures complémentaires et supplémentaires :

Les heures complémentaires sont celles effectuées au-delà deheures par semaine.

Les heures majorées sont celles effectuées au-delà de 45 heures par semaine.

Les heures majorées sont celles effectuées au-delà de 45 heures par semaine.

Nombre de jours de garde à déclarer par mois : (volet pajemploi) :

Nbre de jours/sem X Nbre de sem de garde =
12 mois

$$\frac{\text{Nb de jours/sem} \times \text{Nb de sem de garde}}{12 \text{ mois}} =$$

AVENANT AU CONTRAT DE TRAVAIL DU /... .. /... ..

Entre

Madame et Monsieur.....

adresse :
.....

Employeur (s),

Et

Madame

adresse :
.....

Assistant(e) Maternel(le)

Objet de la modification :
.....
.....
.....

Référence page du présent contrat

Contenu de la modification :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date d'exécution : /..... /.....

Fait à : Le : /..... /.....

Signature de l'employeur
(précédé de lu et approuvé)

Signature du salarié
(précédé de lu et approuvé)