



**PÔLE AIDE À LA PERSONNE**  
DIRECTION DE L'ENFANCE ET  
DE LA FAMILLE  
*Service de Protection Maternelle et Infantile*

## **BULLETIN DE SORTIE D'ENFANT**

### **ASSISTANT(E) MATERNEL(LE)**

NOM et Prénom : .....

Adresse : .....

.....

### **ENFANT**

NOM et Prénom : .....

Date de naissance : .....

A quitté le : .....

### **MOTIF :**

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

A ....., le .....

Signature

A retourner à :  
M. le Président du Conseil Général  
Pôle Aide à la Personne  
Service de Protection Maternelle et Infantile - Assistants Maternels  
Hôtel du Département - Place du Quartier Blanc  
67964 STRASBOURG Cedex 9