

## ENGAGEMENT RECIPROQUE

Les futurs employeur et salarié peuvent se mettre d'accord sur le principe de la conclusion, à un moment donné, d'un contrat de travail relatif à l'accueil d'un enfant.

### MODELE D'ACCORD

Suite au contact pris ce jour : .....

#### Entre

**Monsieur ou Madame** .....

**Adresse** : .....

.....

**Téléphone** : ..... **Fax** : .....

**E-mail** : .....

#### Et

**Monsieur ou Madame, assistant(e) maternel(le)** .....

**Adresse** .....

.....

**Téléphone** ..... **Fax** : .....

**E-mail** .....

**Pour l'accueil de l'enfant** .....

Il est convenu d'une promesse d'embauche avec signature de contrat à compter du .....

sur les bases suivantes :

- durée mensuelle de l'accueil : .....
- rémunération brute : .....

Si l'une des parties décide de ne pas donner suite à cet accord de principe, elle versera à l'autre une indemnité forfaitaire compensatrice calculée sur la base de 1/2 mois par rapport au temps d'accueil prévu.

Signature du futur employeur  
(précédée de : lu et approuvé)

Signature du futur salarié  
(précédée de : lu et approuvé)

(annexe IV - Convention Collective des Assistants maternels du particulier employeur)



# Contrat de travail à durée indéterminée Assistant(e) maternel(le) agréé(e)

www.pajemploi.urssaf.fr

## Entre l'employeur :

1 Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
..... Ville : ..... Code postal : .....  
En qualité de :  père  mère  tuteur  autre N° de téléphone : .....

2 N° Urssaf ou Pajemploi : .....

## et le ou la salarié(e) :

3 Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
..... Ville : ..... Code postal : .....

4 N° de Sécurité sociale : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / .....

5 Référence de l'agrément : .....  
Date de délivrance de l'agrément : ..... / ..... / ..... ou date du dernier renouvellement : ..... / ..... / .....

6 Assurance « Responsabilité Civile Professionnelle » (préciser les coordonnées de la compagnie) : .....  
.....  
N° de police : .....

7 Assurance automobile : s'il à lieu (coordonnées de la compagnie) : .....  
..... N° de police : .....

## Les termes du contrat

8 Il est conclu un contrat de travail régi par les dispositions de la convention collective nationale de travail des assistants maternels du particulier employeur. L'employeur remet un exemplaire de cette convention au salarié ou s'assure que celui-ci en possède un à jour.

9 Un contrat de travail écrit doit être établi pour chaque enfant gardé.  
Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

10 DATE D'EFFET DU CONTRAT (à compter du premier jour de la période d'essai) : ..... / ..... / .....

11 Période d'essai  
Durée : .....  
Modalités de la période d'adaptation : .....

12 Durée et horaire d'accueil  
> Horaire hebdomadaire - nombre d'heures : ..... / semaine, selon le planning suivant :

| Jour            | Lundi         | Mardi         | Mercredi      | Jeudi         | Vendredi      | Samedi        | Dimanche      |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Heure d'arrivée | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... |
| Heure de départ | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... | ..... h ..... |

> Jour de repos hebdomadaire : .....  
> Planning mensuel s'il y a lieu : .....

> **Accueil annuel :**

Nombre de semaines d'accueil (planning annuel) : .....

Préciser le délai de prévenance en cas de modification de planning : .....

**13 Rémunération**

> **Salaire horaire de base :**

Salaire horaire brut de base : ..... €      Salaire horaire net de base : ..... €

Salaire brut : montant du salaire avant déduction des cotisations salariales - Salaire net : montant du salaire après déduction des cotisations salariales

> **Salaire mensuel de base :** le salaire est mensualisé soit en année complète, soit en année incomplète :

a) Si l'accueil s'effectue sur une année complète :

b) Si l'accueil s'effectue sur une année incomplète :

| Salaire mensuel brut* | Salaire mensuel net |
|-----------------------|---------------------|
| ..... €               | ..... €             |

\* (salaire horaire brut x nbre d'heures d'accueil par semaine x 52 semaines) ÷ 12

| Salaire mensuel brut* | Salaire mensuel net |
|-----------------------|---------------------|
| ..... €               | ..... €             |

\* (salaire horaire brut x nbre d'heures d'accueil par semaine x nombre de semaines programmées) ÷ 12

c) Si l'accueil est occasionnel :

Salaire mensuel brut\* : ..... €

Salaire mensuel net : ..... €

\* (salaire horaire brut x nombre d'heures d'accueil dans le mois)

> **Salaire majoré (à partir de la 46<sup>e</sup> heure hebdomadaire) :** Montant de la majoration : ..... €      Salaire horaire majoré : ..... €

> **Date de paiement du salaire :** .....

**14 Congés payés**

- 1/ Les droits sont définis dans le cadre de l'année dite de référence (du 1<sup>er</sup> juin de l'année précédente au 31 mai de l'année en cours).
- 2/ Le 31 mai, faire le point sur le nombre de jours de congés payés acquis et le salaire versé au cours de l'année de référence (y compris celui versé au titre des congés payés de l'année précédente), hors indemnités (entretien, nourriture...). Définir, compte tenu de la date d'embauche et s'il y a lieu, les dispositions particulières pour la première année de référence.
- 3/ S'informer mutuellement et annuellement sur les habitudes de prises de congés.

- Préciser le délai de prévenance de fixation des dates de congés : .....

- Modalités de paiement des congés en cas d'année incomplète :
- soit en une seule fois au mois de juin
  - soit lors de la prise principale des congés
  - soit au fur et à mesure de la prise des congés
  - soit par 12<sup>e</sup> chaque mois

**15 Jours fériés**

- Jours fériés travaillés :
- 1<sup>er</sup> janvier
  - 8 mai
  - 14 juillet
  - 11 novembre
  - Lundi de Pâques
  - Jeudi de l'Ascension
  - 15 août
  - 25 décembre
  - 1<sup>er</sup> mai
  - Lundi de Pentecôte
  - 1<sup>er</sup> novembre

**16 Indemnités d'entretien et de frais de repas**

- Indemnités d'entretien, montant journalier : ..... €
- Repas fournis par :  l'employeur       l'assistant(e) maternel(le), montant : ..... € / repas

**17 Indemnités diverses**

- Frais de déplacement : ..... € / Km
- Autres : ..... €

**18 Conditions particulières à définir s'il y a lieu :**

- Contraintes de l'employeur : .....
- Modalités de l'accueil péri scolaire : .....
- Enfant présentant des difficultés particulières : .....
- Acceptation de la présence d'animaux domestiques chez le salarié :  oui     non
- Conditions et limites des sorties de l'enfant en dehors du domicile du salarié : .....
- Autres.....

**19 Signature de l'employeur**  
(précédée de « Lu et approuvé »)

**Signature du salarié**  
(précédée de « Lu et approuvé »)

À....., le / /

À....., le / /



## Documents à joindre au contrat de travail

### 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.

### CONSEILLÉS

- Éléments relatifs à la santé de l'enfant (veiller à communiquer des documents à jour) :
  - copie des pages de vaccination du carnet de santé ;
  - autorisation parentale d'intervention chirurgicale ;
  - ordonnance et protocole du médecin ;
  - autorisation de donner des médicaments ;
- Modalités de conduite à l'école ;
- Liste 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 ;
- Délégation de garde éventuelle et conditions.

## Les institutions compétentes en matière de retraite et prévoyance sont :

### Retraite

#### Métropole : IRCM-Retraite

261, avenue des Nations Unies  
BP 593 - 59060 ROUBAIX Cedex  
Tél.: 03 20 45 57 00

#### Départements d'Outre-Mer

##### CGSS GUADELOUPE

Quartier de l'hôtel de Ville  
BP 486  
97159 POINTE-À-PITRE  
Tél.: 0 590 90 50 00

##### CGSS LA MARTINIQUE

Place d'Armes  
97210 LE LAMENTIN Cedex 2  
Tél.: 0 596 66 50 79

##### CGSS GUYANE

Espace Turenne-Radamonthe  
Route de Raban  
BP 7015  
97307 CAYENNE Cedex  
Tél.: 0 594 39 60 00

##### CGSS REUNION

4, Bld Doret  
97704 SAINT-DENIS Cedex  
Tél.: 0 262 40 33 40

### Prévoyance

#### Métropole : IRCM-Prévoyance

261, Avenue des Nations Unies  
BP 593 - 59060 ROUBAIX Cedex  
Tél.: 03 20 45 57 00

## 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 : ..... Signature :

Le : .....

### Autorisation de participer aux matinées récréatives

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

autorisons Madame, Monsieur....., assistant(e) maternel(le) à participer aux matinées récréatives organisées par le relais assistantes maternelles avec notre enfant.....

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

Fait à : ..... Signature :

Le : .....

## 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 la halte-garderie :  non  oui 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.**

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 :**

|              | Père           | Mère           |
|--------------|----------------|----------------|
| Tél Travail  | .....          | .....          |
| Tél Domicile | .....<br>..... | .....<br>..... |

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

Adresse : .....

.....

Tél : .....

**Coordonnées du médecin à contacter :**

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

*Si le médecin est absent, il est important de donner les coordonnées d'un deuxième praticien :*

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

**EN CAS D'URGENCE :**

**SAMU - ☎ : 15**                      **Centre Anti-Poison - ☎ : 02.41.48.21.21**                      **Pompiers - ☎ : 18**

**Si une hospitalisation est nécessaire, établissement souhaité :**

.....

.....

.....

.....

.....

**INFORMATIONS MEDICALES**

Ce document est confidentiel.

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

Informations médicales qui doivent être signalées à l'assistant(e) maternel(le) : allergies, intolérances alimentaires,...

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

Aucun médicament ne doit être donné à l'enfant sans prescription médicale.



## AUTORISATION (\*) D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

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

autorise le médecin consulté à pratiquer, en cas d'urgence, une intervention chirurgicale avec anesthésie générale

sur mon enfant : NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Fait à : .....

Signature des parents ou du parent

Le ; .....

détenteur de l'autorité parentale :

---

(\*) autorisation délivrée à Madame ....., Assistant(e) Maternel(le) agréé(e), embauché(e) pour l'accueil de l'enfant cité(e) ci-dessus.

RAM Rives de Loire  
20, rue JFA Chenouard  
49530 DRAIN  
02 40 98 26 76  
ram@rivesdeloire.fr



## AUTORISATIONS

ENFANT :

né(e) le :  / /

Représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

Email :

accueilli chez l'assistant(e) maternel(le) :

### Autorisation de participer aux activités collectives

Nous soussignés,

AUTORISONS après avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et du projet pédagogique, l'assistant maternel a se rendre avec mon enfant sur les temps d'accueil collectif proposés par le relais assistants maternels.

Fait à DRAIN le 24/03/2016

Signature des parents  
mention "Lu et Approuvé"

### Autorisation d'être photographié/filmé

Nous soussignés,

AUTORISONS que notre enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par le relais assistants maternels (journal interne, expositions, outils pédagogiques du relais assistants maternels...)

Fait à DRAIN le

Signature des parents  
mention "Lu et Approuvé"

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

Entre

**Madame et Monsieur :** .....

adresse : .....  
.....

Et

**Madame / Monsieur :** .....

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)

# CERTIFICAT DE TRAVAIL

(A remettre au salarié au moment de la résiliation du contrat de travail)

**Je soussigné(e),**

**Monsieur ou Madame** .....

**Adresse** .....

.....

**N° d'identification (U.R.S.S.A.F ou PAJEMPLOI)** .....

**certifie avoir employé**

**Nom et prénom** .....

**Adresse** .....

.....

**N° de Sécurité Sociale** .....

**en qualité d'Assistant(e) Maternel(le)**

**du :** ..... / ..... / ..... **au** ..... / ..... / .....

**M** ..... **me quitte libre de tout engagement en foi de quoi je lui délivre le présent certificat pour valoir et servir ce que de droit.**

**Fait à** ..... **le** ..... / ..... / .....

**Signature de l'employeur**