

# CONTRAT DE TRAVAIL A DUREE DETERMINEE

**Ce contrat n'engage pas le Relais, il est proposé aux parties. Il est conclu un contrat de travail obligatoire PAR enfant, régi par les dispositions de la Convention Collective nationale de travail des Assistantes Maternelles du particulier employeur et du code de l'Action Sociale et des Familles.**

La conclusion d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD) n'est possible que pour l'exécution d'une **tâche précise et temporaire et seulement dans les cas énumérés la loi L. 1242-1 à L.1248-11** du Code du travail. Un salarié embauché en CDD peut **remplacer tout salarié absent quelque soit le motif de l'absence (maladie, congés, etc.) sauf s'il s'agit d'une grève.** Le CDD ne doit pas dépasser 18 mois sachant qu'il peut être renouvelé une fois pour une durée qui peut être inférieure, égale ou supérieure à la durée initiale du contrat. La règle de délai d'attente entre deux CDD ne s'applique pas lors d'une nouvelle absence du salarié remplacé.

En remplacement de : .....  
ou autre motif (retour du salarié) : .....  
et pour une durée minimale de : .....  
Pour l'accueil de l'enfant : .....  
Né(e) le : .....  
Chez Madame : ....., assistante maternelle agréée  
A compter du : ..... jusqu'au : .....

## ENTRE

### LES PARENTS :

Madame .....  
Monsieur .....  
N° PAJEMPLOI : .....  
Domiciliés : .....  
Tél Domicile .....  
Tél Lieu travail de la mère .....  
Tél Lieu travail du père .....  
Tél Portable .....  
Adresse email .....

## ET

### L'ASSISTANTE MATERNELLE :

Madame : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Date et Lieu de Naissance : (dont ville et Département).....  
Domiciliée : .....  
Téléphone : .....  
Adresse email .....

Assistante Maternelle agréée par le Président du Conseil Général,

► **précisez l'agrément en cours :**

**En date du :** ..... **jusqu'au** .....

Pour ..... Places dont ..... enfants de moins de 2 ans

Contenu de l'agrément : *une copie de l'attestation d'agrément sera fournie par l'assistante maternelle aux parents employeurs à leur demande*

N°PAJEMPLOI : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Caisse de retraite : IRCEM-RETRAITE 32 rue Neuve 69002 LYON

## I – PERIODE D’ESSAI article L. 1242-10 et L.1242-11 du Code du travail

### ➤ La durée est limitée :

- à **1 jour par semaine** (sans que la durée puisse dépasser deux semaines) pour les contrats inférieurs ou égaux à 6 mois
- à **1 mois maximum** pour les contrats supérieurs à 6 mois
- **pour les contrats à terme imprécis**, elle est calculée par rapport à la durée minimale du contrat.

### ➤ Modalités de la **période d’adaptation** :

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

## II – DUREE ET HORAIRE D’ACCUEIL article 5 Convention Collective

### ➤ Horaire hebdomadaire, **nombre d’heures** : ..... selon le planning suivant

Jour	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
samedi				

### ➤ Compléter les semaines 2-3-4 si les rythmes d’accueil sont variables.

### ➤ Si présence de l’enfant pendant **les vacances scolaires**, préciser les jours et heure d’accueil :

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

### ➤ **Jour de repos hebdomadaire**

➤ .....

## III – JOURS FERIES article 11 Convention Collective

**Le 1er Mai est un jour férié et chômé** (Loi n° 85-10 du 03/01/85).

S’il s’agit d’un jour habituellement travaillé, la rémunération sera maintenue sur la base du salaire journalier convenu ultérieurement.

Dans le cas où l’Assistant(e) Maternel(le) serait effectivement amenée à travailler, cette journée **DONNE DROIT Á UN DOUBLE SALAIRE.**

Les jours fériés ordinaires ne sont pas obligatoirement chômés et payés. Les jours fériés ordinaires sont chômés sur décisions de l’employeur.

**Le chômage des jours fériés ordinaires tombant UN JOUR HABITUELLEMENT TRAVAILLE PAR L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) NE POURRA ÊTRE LA CAUSE D'UNE DIMINUTION DE SALAIRE, si le salarié remplit les conditions suivantes :**

- 3 mois d'ancienneté, avec le même employeur
- Avoir travaillé le jour d'accueil précédant le jour férié et le jour d'accueil suivant
- S'il travaille 40 heures ou plus par semaine, avoir accompli au moins 200 heures de travail au cours des 2 mois précédant le jour férié

S'il travaille moins de 40 heures par semaine, avoir accompli un nombre d'heures réduit proportionnellement par rapport à un horaire hebdomadaire de 40 heures.

- Jours fériés travaillés :

.....  
.....

**IV – CONGES PAYES** article 12 Convention et article L. 3141-1 du Code du travail et suivants

- L'assistante maternelle a droit à 5 semaines de congés annuels, soit 30 jours ouvrables\* entre le 1<sup>er</sup> juin et le 31 mai (période de référence) dont au minimum 2 semaines consécutives de congés (ou 12 jours ouvrables) entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 octobre (art. L 3141-19), sauf accord entre les parties.

*\*jour ouvrable : du lundi au samedi, sauf jour férié et chômé.*

- Calcul du nombre de jours de congés payés :

L'assistante maternelle a droit à **2,5 jours ouvrables de congés payés par mois d'accueil** effectué au cours de la période de référence du 1<sup>er</sup> juin au 31 Mai.

- **La rémunération des congés dus s'effectue sur 10% du salaire de base versé au terme du contrat** (hors indemnité entretien, nourriture...) **y compris l'indemnité de fin de contrat.**

**V – REMUNERATION** article 7 Convention

- La rémunération est fixée d'un commun accord entre les Parents et les Assistantes Maternelles, et conformément à la réglementation applicable aux Assistantes Maternelles prévue par la Loi 92 642 du 12 juillet 1992 et articles L 423-3 et D 423-9 de l'action sociale et familiale.

➤ **Le Salaire horaire net de base** = ..... €. (Soit.....€ brut).

➤ **Le salaire mensuel est égal :**

- Soit au salaire net X nombre d'heures d'accueil dans le mois pour un accueil occasionnel c'est-à-dire de courte durée et n'ayant pas de caractère régulier (art. 6 de la convention collective)
- Soit au calcul d'une mensualisation s'il s'agit d'une prestation non occasionnelle (voir annexe 3)

## VI – INDEMNITES D'ENTRETIEN, DE NOURRITURE ET KILOMETRIQUE

article 8 Convention Collective

### ➤ Indemnité d'entretien :

Les indemnités de frais d'accueil de l'enfant sont déterminées d'un commun accord sans pouvoir être inférieures :

#### **La solution la plus avantageuse pour le salarié doit être retenue :**

- à 0,3447€ par enfant et par heure de garde (soit 1/9ème de 85% du minimum garanti soit 3.65€ au 01/01/2020)
- En deçà de sept heures quarante-cinq minutes de garde par jour, l'indemnité d'entretien doit respecter le montant minimum imposé par la convention collective du 1<sup>er</sup> juillet 2004, établi à **2,65 € pour toute journée commencée.**

- Indemnité de nourriture :
  - Petit déjeuner .....€
  - Repas de midi ou du soir.....€
  - Goûter .....€

#### **Attestation concernant les repas fournis par les parents :**

Nous soussignons Monsieur et/ou Madame.....  
demeurant à....., employeurs de M. ou  
Madame ..... assistant(e) maternel(le) de mon  
enfant :.....né  
le..... attestons que, par jour d'accueil, la valeur des  
repas et goûters que nous fournissons pour notre enfant s'élève à .....euros. Cette somme reste à  
votre libre choix. Toutefois, vous pouvez vous renseigner auprès du service des impôts pour connaître le  
montant forfaitaire, défini pour l'année concernée.

Fait à

Le

Signature des parents

## VII – INDEMNITES DIVERSES article 9 Convention Collective

- **Frais de déplacement:** si le salarié est amené à utiliser son véhicule pour transporter l'enfant, l'employeur indemnise selon le nombre de kilomètres effectués. L'indemnisation kilométrique ne peut être inférieure au barème de l'administration et supérieure au barème fiscal. L'indemnisation est répartie, le cas échéant, entre les employeurs demandeurs des déplacements.

## VIII – SURVEILLANCE MEDICALE DE L'ENFANT

article 15 Convention Collective

☞ **Les parents restent responsables de la surveillance médicale de l'enfant.** Cependant, à leur demande, l'Assistant(e) Maternel(le) peut appliquer régimes et traitements prescrits. Dans ce dernier cas, **UN EXEMPLAIRE DE L'ORDONNANCE LUI SERA COMMUNIQUE.**

☞ Au début de chaque accueil une **ordonnance** sera fournie en cas de **fièvre** (conduite à tenir et posologie du médicament à donner). Elle sera valable 6 mois pour un nourrisson et 1 an au-delà des 12 mois de l'enfant.

☞ Pour tous traitements médicamenteux : homéopathie, pommades (sauf Mytosyl et Bépanthen), et pour le baume dentaire Dolodent, une ordonnance annuelle devra être remise à l'Assistant(e) Maternel(le). Le sérum physiologique étant assimilé à du confort plus qu'à un soin, il est permis sans ordonnance.

☞ Pour les enfants **nés avant le 1er Janvier 2018**, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite aux âges de 2, 4 et 11 mois sont obligatoires et sont exigés pour l'entrée en collectivité. Pas d'autre vaccin obligatoire à rattraper.

Chez les enfants **nés après 1er janvier 2018** les vaccins qui sont obligatoires sont les suivants : Coqueluche C, Diphtérie D, Haemophilus influenzae b, Hépatite B, Méningocoque C, Pneumocoque, Rougeole R, Polyomyélite P, Oreillons O, Rubéole R, Tétanos T

Ceci signifie qu'avant le 1er accueil, les enfants doivent avoir reçu, **au minimum la 1ère injection à 2 mois de DTCP+haemophilus+pneumocoque et hépatite B** (Infanrixhexa+prevenar), puis rappel à 4 mois et 11 mois.

Ensuite, **vaccinations obligatoires** à 5 mois et 12 mois pour le **méningo C** (Neisvac) et à 12 mois et entre 16 et 18 mois pour rougeole, oreillons, rubéole (Priorix).

**Un bulletin de vaccination doit être fourni par la famille.**

☞ **En cas de maladie ou d'accident**, les parents s'engagent à informer le médecin que l'enfant est accueilli chez une Assistant(e) Maternel(le). Il appartiendra au médecin de décider du maintien de l'accueil en fonction des critères médicaux et de la présence d'autres enfants chez l'Assistante Maternelle. L'Assistant(e) Maternel(le) s'engage à avertir les parents de la survenue d'une **maladie contagieuse** chez toute personne présente à son domicile.

☞ Pour tout protocole particulier, les parents doivent remettre une prescription médicale. La puéricultrice de PMI peut être sollicitée sur la conduite à tenir.

☞ **En cas de maladie ou d'accident, l'Assistant(e) Maternel(le) :**

**avertira les parents le plus rapidement possible**

**Parent joignable en priorité :** .....

et/ou appellera le médecin :

Nom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

*Dans le cas où l'Assistant(e) Maternel(le) avance les frais médicaux et pharmaceutiques, ceux-ci seront remboursés intégralement par les parents.*

☞ Autres précisions relatives à la santé de l'enfant (allergie, médicaments interdits)

.....  
.....

☞ En cas d'**URGENCE** : numéro d'appel **le 15**.

Les parents remettent l'autorisation d'hospitalisation et d'intervention (voir annexe) signée à l'Assistant(e) Maternel(le).

## **IX - TRANSPORT**

- Autorisation de transport sur les communes couvertes par le relais (annexe autorisations)

## **X - LES ASSURANCES**

Selon l'article L 123-2 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, l'assistante maternelle est dans l'obligation de contracter une **Assurance Responsabilité Civile Professionnelle** pour l'enfant dont elle a la garde.

Nom de l'Assurance : .....

N° de Contrat : .....

- De même, en cas **d'autorisation de transport** avec son véhicule personnel, l'assistante maternelle doit faire les démarches nécessaires auprès de son assurance.

Nom de l'Assurance : .....

N° de Contrat : .....

## XI- RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL DETERMINE

Article L. 1243-1 à L.1243-13 du Code du travail

- **Une indemnité de précarité** (de fin de contrat) est versée, au salarié, **à la fin du contrat de travail soit 10% du total des salaires nets (L 1243-8)**. Imposable et soumise aux charges sociales, l'indemnité est versée avec la dernière paie et mentionnée sur le bulletin de paie.



Elle n'est pas perçue lorsque:

- le CDD est rompu en cours de la période d'essai
- le CDD est rompu avant son terme par un salarié qui justifie d'une embauche en CDI.
- le CDD se poursuit par un CDI.
- le salarié en CDD refuse un CDI pour occuper le même emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente
- le salarié rompt un CDD avant son terme, en cas de force majeure ou de faute grave.

- Le CDD peut être rompu avant son échéance, uniquement dans les cas suivants par lettre recommandée avec avis de réception (annexe 4) :

- **à l'initiative du salarié qui justifie d'une embauche en CDI à condition de respecter un préavis d'une durée égale à un jour par semaine** compte tenu de la durée totale du CDD (sans excéder 2 semaines). Toutefois avec l'accord de l'employeur, le salarié peut être dispensé de préavis.
- **accord conclu entre l'employeur et le salarié.**
- en cas de **force majeure** c'est à dire un évènement exceptionnel, imprévisible et insurmontable qui rend impossible l'exécution du contrat de travail.
- en cas de **faute grave** de l'employeur ou du salarié.

- En dehors de ces 4 situations, la rupture prématurée du contrat est sanctionnée, selon qu'elle est le fait de l'employeur ou du salarié :

- l'employeur doit verser au salarié **des dommages-intérêts** d'un montant au moins égal aux rémunérations que le salarié aurait perçues jusqu'au terme du contrat.
- le salarié peut être condamné à verser à l'employeur **des dommages-intérêts** correspondant au préjudice réellement subi.

- Documents à remettre au salarié en cas de rupture de contrat :

A l'expiration du contrat, quel que soit le motif de la rupture, et même au cours de la période d'essai, l'employeur doit délivrer au salarié :

- **un bulletin de salaire**
- **un certificat de travail (annexe 5)**
- **l'attestation Pôle Emploi pour lui permettre de faire valoir ses droits.**
- **le reçu pour solde de tout compte (annexe 6)**

Dans le cas d'une rupture de contrat, les services de la Protection Maternelle et Infantile doivent être avertis.

## XII – ENGAGEMENT

Le présent contrat est conclu à partir du ..... jusqu'au .....

Les soussignés s'engagent à en respecter les clauses.

Il est rédigé conjointement, un exemplaire sera remis à chacune des parties daté, paraphé et signé par les deux parties, au plus tard dans les deux jours qui suivent le jour de l'embauche :

Fait à

Le

Signature des 2 parents  
Lu et approuvé

Signature de l'Assistante Maternelle  
Lu et approuvé

# ANNEXES

## CALCUL D'UNE MENSUALISATION

Le salaire de base est mensualisé, il est calculé sur 12 mois complets (hors période d'adaptation), la mensualisation est à refaire à chaque date anniversaire du Contrat ou à l'occasion de changement de rythme de garde.

L'enfant sera confié à l'assistante maternelle les :

Jour Conditions	Semaine 1	Semaine 2 *	Semaine 3 *	Semaine 4 *
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
<b>TOTAL heures</b>				

\*Compléter les semaines 2-3-4 si les rythmes d'accueil sont variables (semaines postées...)

**Soit une durée moyenne hebdomadaire de :** .....

Parents et Assistantes Maternelles tentent de préciser la durée et les périodes probables de congés annuels :

Périodes et durée des congés annuels	Parents	
	Assistante maternelle	

⊕ Les parents employeurs prévoient-ils de prendre leurs congés ensemble ?

Oui

Non

Si oui, précisez le nombre de semaines communes .....

Sur 52 semaines dans l'année, les parents employeurs doivent définir le nombre de semaines où l'enfant **ne sera pas confié** chez l'assistant maternel :

✓ **Congés annuels**

soit..... semaines par an, ou .....jours par an

✓ **Jours de réduction du temps de travail (R.T.T.)**

soit..... semaines par an, ou .....jours par an



- ✓ **Jours de repos, de récupération**  
soit..... semaines par an, ou .....jours par an
- ✓ **Semaine de congé en décalage de l'assistante. Maternelle**  
soit .....semaines
- ✓ **TOTAL ANNUEL :**  
soit ..... semaines par an, ou .....jours par an

<b>MENSUALISATION</b>
Du .....Au.....

<b>PRINCIPE DE CALCUL HORS Congés Payés de l'AM</b>	<b>TOTAL</b>
1 – Déterminer le nombre de <b>semaines travaillées</b> par l'assistante maternelle durant <b>12 mois</b> – <i>déduction faite des périodes d'absence définies ci-dessus</i>	.....semaines/an
2 – Déterminer le nombre <b>d'heures travaillées</b> par l'assistante maternelle durant <b>une semaine</b>	.....Heures/sem
3 – Etablir le <b>total annuel d'heures travaillées</b> par l'assistante maternelle : <b>nombre de semaines X nombre d'heures</b>	.....Heures/an

4- Calculer la mensualisation : Hors congés payés <b><u>Nombre d'heures annuelles</u></b> <b>12 mois</b>	.....Heures/mois
5- calculer le salaire mensuel minimum net ( <b>hors CP</b> ) : ..... heures mensuelles X salaire horaire net ..... heures ordinaires X ..... euros net ..... heures majorées X .....euros net <b>Total salaire net mensuel =</b> <b>Total salaire Brut mensuel =</b>	.....€ NET .....€ NET .....€ NET .....€ NET .....€ BRUT

► **Les heures complémentaires** : c'est-à-dire non prévues au contrat et dans la mensualisation, effectuées par l'Assistante Maternelle, sont rémunérées sur la base du salaire horaire net (dans la limite de 45 H/semaine) et ceci à chaque fin de mois.

Pour vous aider à remplir le volet déclaratif mensuel de PAJEMPLOI :

<u>Nombre de jours/semaine X nombre de semaine/an</u> 12 mois	..... <b>JOURS</b> d'activité mensualisés à déclarer à PAJEMPLOI
------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

**Les jours d'accueil complémentaires (c'est-à-dire non prévus au contrat) sont à rajouter à ce calcul.**

## MODÈLE DE LETTRE

### Rupture de contrat à l'initiative de l'employeur

Madame, Monsieur

A .....

Le .....

A Madame .....

Madame,

Je vous informe qu'à partir du ..... mon enfant :  
..... ne vous sera plus confié.

Mon préavis de ..... jours commencera à courir dès réception de cette lettre.

Signature des parents

✂-----

### Rupture de Contrat à l'initiative de l'Assistante Maternelle

Madame ..... (Assistante Maternelle)

à M et Mme .....

Le .....

Madame, Monsieur,

Par la présente lettre je vous informe qu'à partir du : ....., je ne pourrai plus  
accueillir votre enfant : .....

Mon préavis de ..... jours commencera à courir dès réception de cette lettre.

Signature de l'Assistante Maternelle

## AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e).....

Autorise Madame.....

A contacter le médecin et/ou à faire hospitaliser mon enfant .....

Né le :.....

N° de Sécurité Sociale sous lequel est pris en charge l'enfant :

.....

Fait à

Le

Signature des 2 Parents

## AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e).....

Autorise Madame.....

Assistante Maternelle, à transporter mon enfant : .....

à bord de son véhicule personnel, pour des trajets habituels (trajets scolaires, promenades, relais...)

Sachant que Madame..... est en règle vis à vis de sa Compagnie d'Assurance et étant entendu que les conditions de transport s'effectueront selon les règles d'utilisation des systèmes de sécurité en rapport avec l'âge de l'enfant.

Fait à

Le

Signature des Parents

Pour tout autre trajet extérieur aux communes couvertes par le Relais, une **AUTORISATION DATEE ET SIGNEE PAR LES PARENTS** sera remise obligatoirement à l'assistante maternelle, précisant le lieu et motif du déplacement effectué avec l'enfant accueilli.

## AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER L'ENFANT

Je soussigné(s)..... (Les parents)

**Autorise(nt) mon ou mes enfant(s) à être pris en photo dans le cadre des activités du Relais, et à diffuser ces photos à la presse locale**, pour la promotion du métier d'Assistante Maternelle ou des services du Relais.

Je m'engage en tant que parents à ne pas diffuser sur internet (réseaux sociaux) des photos où mon enfant apparaîtrait à côté d'autres enfants du relais ou alors en floutant les visages, dans le cadre du respect du droit à l'image sous peine de dommages et intérêts.

Fait à

Le

Signature des Parents

## CERTIFICAT DE TRAVAIL

Je soussigné (e) .....

Adresse .....

.....

.....

N° Employeur PAJEMPLOI .....

### **Certifie avoir employé**

Madame .....

Adresse .....

.....

.....

N° Sécurité Sociale .....

### **En qualité d'Assistante Maternelle Agréée**

Du ..... Au .....

Fait à ..... Le .....

Signature des parents

## REÇU POUR SOLDE DE TOUT COMPTE

Je soussignée Madame .....assistante maternelle demeurant à .....reconnait  
avoir reçu de Monsieur et Madame .....employeurs demeurant à .....

- un certificat de travail,
  - une attestation PÔLE EMPLOI
  - et le solde de tout compte, la somme de ..... €, par chèque, en paiement :
- ✓ des salaires, soit .....€  
✓ des indemnités d'entretien et de nourriture, soit.....€  
✓ de l'indemnité de rupture, soit.....€  
✓ des congés payés, soit.....€

qui m'étaient dus au titre de la cessation de mon contrat de travail intervenue le.....

Le présent reçu est établi en double exemplaire, dont un est remis à l'assistante maternelle conformément à l'art L1234-20 du code du travail il peut être dénoncé pendant 6 mois à l'issu de cette période, il devient libératoire pour l'employeur pour les sommes qui y sont mentionnées.

Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_

**Précédées de la mention manuscrite « Bon pour solde de tout compte »**

**Signature(s) des parents**

**Signature de l'assistante maternelle**

## CONTACTS UTILES

<p style="text-align: center;"><b>Relais Petite Enfance</b>  <b>« Les 6 loupiots en marche »</b>  <b>Pôle Petite Enfance</b>                  12 B Avenue Charles de Gaulle                  43120 Monistrol sur Loire</p>	<p>→ <i>Lieux d'information, de rencontre et d'échange au service des parents et des professionnels de la petite enfance</i>   04 71 66 38 16      @ contact@6loupiots.fr  <b>• Responsables des communes :</b>                  Véronique BERNARDO -POINAS (06 73 05 26 35)                  Laurie FOSSIEZ (07 86 32 08 38)                  Anne MORO (07 87 06 46 16)</p>
<b>Gestionnaire</b>	
<p><b>PMI</b> (Protection Maternelle et Infantile)                  1, Place Monseigneur de Galard                  CS 20310                  43009 LE PUY EN VELAY</p>	<p>→ <i>Organise des consultations, des actions de prévention, délivre les agréments des assistantes maternelles et assure leur suivi</i>                  Chef de service : 04 71 07 45 03                  Secrétariat central de PMI : 04 71 07 45 00                  Pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur le développement de l'enfant : Allo Petite Enfance 43 au 0 810 00 43 00</p>
<p><b>Signalement enfant en danger CASÉD</b>                  Centre National PAJEMPLOI                  43013 Le Puy en Velay cedex</p>	<p>0 810 043 119                  → <i>Réseau des Urssaf pour simplifier les modalités administratives des parents employeurs d'un assistant maternel agréé ou d'un garde à domicile</i>                  www.pajemploi.urssaf.fr      0 820 00 72 53</p>
<p style="text-align: center;"><b>CAF</b>                  10, avenue André Soulier                  CS 50322                  43009 Le Puy en Velay</p>	<p>→ <i>Partenaire financier envers les familles</i>                  www.caf.fr ou www.mon-enfant.fr      0 820 25 43 10</p>
<p style="text-align: center;"><b>POLE EMPLOI</b>                  5, rue des Chevaliers Saint-Jean                  43000 Le Puy en Velay</p>	<p>→ <i>Etablissement public qui assure l'inscription, l'information, l'orientation, le suivi et l'accompagnement des demandeurs d'emploi.</i>                  www.pole-emploi.fr                  3949 pour s'inscrire dès le lendemain du jour d'arrêt du contrat</p>
<p style="text-align: center;"><b>CPAM</b>                  10, avenue André Soulier                  CS 70324                  43009 Le Puy en Velay</p>	<p>→ <i>Organisme lié à la santé</i>                  3646</p>
<p style="text-align: center;"><b>CARSAT</b>                  10, avenue André Soulier                  43000 Le Puy en Velay</p>	<p>→ <i>Organisme qui gère les retraites des salariés du régime général</i>                  0 821 10 63 63                  www.carsat-auvergne.fr</p>
<p style="text-align: center;"><b>AGEFOS PME Auvergne</b>                  52-54 Bld Berthelot - CS 40407 63011                  Clermont-Ferrand Cédex 01</p>	<p>→ <i>Organisme qui finance les formations continues des assistants maternels et gardes d'enfants</i>                  auvergne@agefos-pme.com      04 73 31 95 95</p>
<p style="text-align: center;"><b>Groupe IRCÉM</b>                  261, avenue des Nations Unies                  BP. 593                  59672 ROUBAIX CEDEX 1</p>	<p>→ <i>Groupe de protection sociale des emplois de la famille</i>                  0 980 980 990</p>
<p style="text-align: center;"><b>Direction départementale des Droits du Travail (DIRECCTE)</b>                  4 avenue Charles de Gaulle                  CS 50313                  43009 Le Puy en Velay cedex</p>	<p>→ <i>Organisme qui informe les salariés et les employeurs sur le droit du travail</i>                  Accueil du public : sans rendez-vous du lundi au jeudi de 8h30 à 11h45                  Accueil téléphonique : du lundi au jeudi de 13h45 à 16h30                  ara-ud43.sct@direccte.gouv.fr      04 71 07 08 22 ou 04 71 07 08 21</p>
<p style="text-align: center;"><b>FEPEM</b>                  79, rue de Monceau,                  75008 Paris</p>	<p>→ <i>Fédération des particuliers employeurs de France</i>                  information@fepem.fr      0825 07 64 64</p>