

Le RELAIS ASSISTANTES MATERNELLES VA BIENTÔT OUVRIR SES PORTES

au 1er semestre 2021

Nous souhaiterions mieux vous connaître pour être au plus près de vos besoins.

Votre Agrément :

Nombre de place :

Age des enfants pouvant être accueillis :

Ce que vous attendez d'un RAM :

- Souhaitez-vous participer aux activités enfants/assistantes maternelles qui seront proposées par le RAM

OUI NON

- Quel type d'activités pour les enfants, souhaiteriez-vous que le RAM mette en place ?

- Accueils jeux

OUI NON

- Ateliers psychomoteurs Ateliers Livres

OUI NON

- Ateliers Musique

OUI NON

- Spectacle petite enfance

OUI NON

- Séance de cinéma

OUI NON

- Sortie de groupe

OUI NON

- Moments festifs

OUI NON

- Autre (précisez)

- Quel type d'activités pour vous en tant qu'assistante maternelle, souhaiteriez-vous que le RAM mette en place ?

- Formations à thèmes OUI NON

- Si OUI lesquels :

- Groupe de paroles OUI NON

- Fabrication de matériel pédagogique OUI NON

- Prêt d'album de littérature enfantine OUI NON

- Prêts de jeux, de jouets OUI NON

- Autre (Précisez)

- Avez-vous une préférence pour les jours et heures d'accueil pour les activités organisées par le RAM ?

- Si OUI lesquels :

- Matin OUI NON

- Après-midi à partir de 15h 30 OUI NON

- Seriez-vous prête à vous déplacer pour des activités organisées par le RAM :

- au relais assistantes maternelles qui sera situé au 5 rue Maurice Berteaux OUI NON

- au sein d un centre social de votre quartier OUI NON

- Si OUI lequel :

- à la médiathèque OUI NON

- Autre : (précisez) :

Votre situation actuelle

- Avez-vous actuellement des places disponibles ? OUI NON

Si OUI, combien et pour quel âge ?

- Acceptez-vous l'accueil d'enfants à temps partiel ? OUI NON

Si OUI Nombre d'heures hebdomadaires accepté :

- Acceptez-vous l'accueil d'enfants en horaires décalés (avant 7h ou après 19h) ? OUI NON

- Accepteriez-vous l'accueil d'enfants porteur de handicap ou maladie chronique ? OUI NON

Votre identité : (Facultatif)

NOM : PRÉNOM : ANNÉE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : MAIL :

Questionnaire à renvoyer à
Hôtel de ville
Direction petite enfance
6 avenue Gabriel Péri
CS 30122
95875 BEZONS CEDEX
ou par mail : ram@mairie-bezons.fr