**FORMATION COMPLEMENTAIRE**

**A DESTINATION DES ASSISTANTS MATERNELS**

**Ce document ne vaut pas inscription**

**Votre inscription sera définitive dès lors que vous recevrez une convocation de l’IFAC à votre nom et prénom. Vous devrez la présenter le jour de la formation accompagnée de votre pièce d’identité.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse postale : | |
| Adresse mail : | |
| Téléphone : | |

Souhaite m’inscrire aux séances de formation complémentaire organisées au **2ème semestre 2024** par l’IFAC et le Département des Yvelines.

**Indiquer un seul choix d’atelier et un seul choix de conférence**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Choix** | **Intitulés des formations** | **Dates** | **Lieu** |
|  | **CONFÉRENCE : Comment accompagner l’autonomie du jeune enfant** | **21/09/2024** | **PULV** |
|  | ATELIER : La familiarisation anciennement adaptation | 05/10/2024 | Voisins-Le-Bretonneux |
|  | ATELIER : Organisation des repas, tour de rôle et individualité | 05/10/2024 | Voisins-Le-Bretonneux |
|  | ATELIER : Aménagement de l'espace avec des âges mélangés | 23/11/2024 | Voisins-Le-Bretonneux |
|  | ATELIER : Accompagnement au sevrage | 23/11/2024 | Voisins-Le-Bretonneux |
|  | **CONFERENCE : Favoriser la bientraitance envers l'enfant** | **07/12/2024** | **Voisins-Le-Bretonneux** |

* **Horaires des ateliers et conférences : 09h30 à 12h30**

* Document à retourner **par mail** auprès de votre Service Agrément des Assistants Maternels.

**Service des Assistants Maternels – adresse du SAM – Code postal – Commune**

**Courriel : assmat.XXXXXX@yvelines.fr**