

QUESTIONNAIRE ET ENQUETE DE BESOINS

NOM :Prénom :.....
Adresse :Commune.....
Téléphone :

1- Avez-vous connaissance de ce qu'est un Relais Assistantes Maternelles et ses missions ?

Oui Non

Si oui lesquelles :

.....
.....

2- Avez-vous des besoins en formation ?

Oui Non

Si oui quelle thématique vous intéresserait ?

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

3- Avez-vous des temps d'échanges et de rencontres avec d'autres assistantes maternelles ?

Oui Non

4- Rencontrez-vous ou avez-vous déjà rencontré des difficultés administratives (rédaction contrat, déclaration aux organismes type URSSAF...) ?

Si oui avez-vous trouvé une solution ?

Par quel biais :(Aide
extérieure, Caf, Conseil Général...)

Non

5- Aimerez-vous obtenir des informations concernant votre statut professionnel ?

Oui Non

6- Aimerez-vous pouvoir proposer des activités aux enfants que vous avez en garde en dehors de votre domicile ?

Oui Non

7- Aimeriez-vous être tenue informée des évolutions réglementaires et législatives du droit du travail, de la réglementation et des aides émanant de la Caisse d'Allocations Familiales ?

Oui Non

8- Aimeriez-vous pouvoir bénéficier d'un guichet unique d'aide et de conseil dans votre pratique professionnelle et/ou aide administrative ?

Oui Non

9- Ressentez-vous le besoin d'établir des contacts avec d'autres professionnels (les) de la Petite-Enfance?

Oui Non

Pourquoi ?

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

10- Vous estimez que la mise en place d'un Relais Assistantes Maternelles sur le Territoire serait utile :

Oui Non

Pourquoi ?

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

11- Connaissez-vous les missions exercées sur le territoire du Saulnois par la CCS ?

Oui Non

Si oui, quel regard portez-vous sur le contenu de ses missions ?

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

12- Remarques et suggestions:

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

Vous remerciant du temps que vous avez consacré à compléter ce questionnaire.

A RETOURNER POUR LE 30 OCTOBRE 2014 AU PLUS TARD.