



AMI DES BÉBÉS

Site Internet :
<http://amis-des-bebes.fr/>

Association loi 1901
Reconnue d'Intérêt général

N° SIRET :
531 703 668 00016
Code APE : 9499 Z
Organisme de formation
Enregistré sous le N°
72 33 08613 33
auprès du Préfet
de la région Aquitaine

Déclaration de mise en route vers le label « Ami des bébés »

L'HÔPITAL / LA CLINIQUE (PRÉCISER NOM ET COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT,
NUMÉRO SIRET, NOM DIRECTEUR ET MAIL DIRECTION)
PRÉCISER SI L'ENGAGEMENT CONCERNE ÉGALEMENT UN SERVICE DE NÉONATOLOGIE

AJOUTER COORDONNÉES COMPLÈTES, NOM ET ADRESSE MAIL DE LA PERSONNE CONTACT
POUR LA MATERNITÉ :

POUR LA NÉONATOLOGIE :

Déclare se mettre en route vers le label « Ami des BébéS », s'engage à favoriser l'accueil et l'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, et à soutenir l'allaitement maternel, en mettant en place les 12 recommandations de l'OMS et de l'UNICEF. Dès maintenant, l'établissement estime respecter les recommandations suivantes (entourer) :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

La signature de cette déclaration et le versement de la cotisation ont valeur d'adhésion à IHAB France. Cela permet à l'équipe:

- de bénéficier d'un soutien téléphonique par un référent IHAB tout au long de la démarche de labellisation
- de bénéficier des conseils et de l'accompagnement des coordinatrices IHAB
- d'utiliser tous les outils qualité élaborés par IHAB France
- d'accéder au FORUM du site www.amis-des-bebes.fr (échanges d'expériences entre équipes)
- d'être informée en priorité des formations proposées par IHAB France et de bénéficier d'un tarif subventionné
- d'être invitée à l'Assemblée Générale de IHAB France avec une voix consultative

Le montant de l'adhésion par la personne morale est de sept cents euros par an et vaut pour l'année civile en cours. Ce règlement doit être fait par l'établissement concerné, IHAB France n'accepte aucun règlement venant d'associations de service. A réception de la «déclaration de mise en route », vous recevrez une demande d'adhésion pour que vous puissiez procéder au paiement.

Déclaration signée le _____

Le Directeur
de l'établissement

Le Chef de service
de maternité /
Le Chef de Pôle

La cadre
de maternité /
La cadre de Pôle

Le Chef de service
de néonatalogie

La cadre de
néonatalogie

Copie à envoyer à IHAB France
Marie-Anne Delmas
3bis allée de Gascogne - 78170 La-Celle-St-Cloud
administration@i-hab.fr

Nous acceptons que notre nom soit communiqué aux établissements ayant fait la même déclaration :

OUI NON