



INITIATIVE HÔPITAL
AMI DES
BÉBÉS

Déclaration de mise en route vers le label "Ami des bébés"

L'HÔPITAL / LA CLINIQUE (PRÉCISER NOM ET COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT, NUMÉRO DE 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.

Tous les outils nécessaires et utiles à la mise en place du projet IHAB sont élaborés et mis à disposition gratuitement par IHAB France sur le site internet (www.i-hab.fr). L'estimation de la participation financière aux frais d'évaluation est disponible sur notre site Internet (label à revalider tous les 4 ans).

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
- Bénéficier des conseils et de l'accompagnement des coordinatrices IHAB
- Accéder à l'espace adhérents (échanges d'outils et d'expériences entre équipes) de notre site Internet
- Être informée en priorité des formations proposées par IHAB France et de bénéficier d'un tarif subventionné
- 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 (700€) par an et vaut pour l'année civile en cours (adhésion à renouveler chaque année passée en démarche IHAB). 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	Le cadre de maternité/ Le cadre de Pôle	Le Chef de service de néonatalogie	Le cadre de néonatalogie
---------------------------------	--	---	------------------------------------	--------------------------

Copie à envoyer à IHAB France
Marie-Anne DELMAS
28 rue Sainte Catherine - 76000 Rouen
administration@i-hab.fr

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