

## Demande d'admission en établissement de jeunes enfants en crèche partenaire

Dossier à renvoyer par mail : [espacepetiteenfance.arm@igesa.fr](mailto:espacepetiteenfance.arm@igesa.fr)

Ou par voie postale

**Direction Régionale Igesa Armorique**

BCRM de Brest

CC 90- 32924 BREST CEDEX

Tél : 02 98 22 08 34

### Renseignements concernant le père ou le tuteur légal de l'enfant

Nom  Prénoms

Adresse

Code Postal – Ville  Tél. domicile

Tél. portable  Adresse mail

Date de naissance  Lieu  Département

Nationalité  Nombre d'enfants à charge fiscalement au foyer

Situation de famille  Célibataire  Pacsé(e)  Marié(e)  En concubinage  Divorcé(e)  Veuf(ve)

#### **Du point de vue des allocations familiales, votre enfant est-il rattaché au père ou tuteur légal ?**

Oui  Non Si oui  CAF(1)  MSA  Autres

Département du prestataire :  Numéro d'allocataire :

**Etes-vous bénéficiaire de minima sociaux** (revenu minimum d'insertion, allocation parent isolé,

allocation spécifique de solidarité, indemnités de stages professionnels)  Oui  Non **Qualité d'appartenance**

<input type="checkbox"/> Ressortissant défense <input type="checkbox"/>	☑	<input type="checkbox"/> Actif  ou  <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/> Officier	<input type="checkbox"/> Carrière
				<input type="checkbox"/> Sous-officier	<input type="checkbox"/> Sous contrat
				<input type="checkbox"/> Militaire du rang	<input type="checkbox"/> Elèves des écoles militaires
				<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Réserve -période de service
			<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Catégorie A	<input type="checkbox"/> Contractuel droit privé/public
		<input type="checkbox"/> Catégorie B	<input type="checkbox"/> Ouvrier d'Etat		
		<input type="checkbox"/> Catégorie C	<input type="checkbox"/> Ouvrier professionnel		
		<input type="checkbox"/> Autre :			
			<input type="checkbox"/> Veuf(ve) n'ayant pas repris de vie de couple		<input type="checkbox"/> Orphelin
<input type="checkbox"/> Autre ressortissant <input type="checkbox"/>	☑	<input type="checkbox"/> Stagiaire de nationalité étrangère			
		<input type="checkbox"/> Ex conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS n'ayant pas repris vie de couple			
		<input type="checkbox"/> Personnel des établissements public sous tutelle du ministère de la Défense : .....			
<input type="checkbox"/> Non ressortissant défense <input type="checkbox"/>	☑	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'Etat, territorial ou hospitalier			<input type="checkbox"/> C D D
		<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> C D I	

Situation professionnelle  Temps complet  Temps partiel : %

Employeur  Profession  Grade   
(Si défense)

Adresse professionnelle / Unité

Code Postal – Ville  Tél. professionnel

Armée ou direction  Air  Marine  Gendarmerie  Terre  DGA

De rattachement :  SSA  DCNS  Autre ...

## Renseignements concernant la mère de l'enfant

Nom  Prénoms

Adresse

Code Postal – Ville  Tél. domicile

Tél. portable  Adresse mail

Date de naissance  Lieu  Département

Nationalité  Nombre d'enfants à charge fiscalement au foyer

Situation de famille  Célibataire  Pacsé(e)  Marié(e)  En concubinage  Divorcé(e)  Veuf(ve)

### **Du point de vue des allocations familiales, votre enfant est-il rattaché au père ou tuteur légal ?**

Oui  Non  Si oui  CAF(1)  MSA  Autres

Département du prestataire :  Numéro d'allocataire :

**Etes-vous bénéficiaire de minima sociaux** (revenu minimum d'insertion, allocation parent isolé,

allocation spécifique de solidarité, indemnités de stages professionnels)  Oui  Non **Qualité d'appartenance**

<input type="checkbox"/> Ressortissant défense <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actif ou <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Militaire  <input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Officier <input type="checkbox"/> Sous-officier <input type="checkbox"/> Militaire du rang <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Carrière <input type="checkbox"/> Sous contrat <input type="checkbox"/> Elèves des écoles militaires <input type="checkbox"/> Réserve -période de service <input type="checkbox"/> Contractuel droit privé/public <input type="checkbox"/> Ouvrier d'Etat <input type="checkbox"/> Ouvrier professionnel <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Autre ressortissant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stagiaire de nationalité étrangère			<input type="checkbox"/> Orphelin
	<input type="checkbox"/> Ex conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS n'ayant pas repris vie de couple			
	<input type="checkbox"/> Personnel des établissements public sous tutelle du ministère de la Défense : .....			
<input type="checkbox"/> Non ressortissant défense <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'Etat, territorial ou hospitalier			<input type="checkbox"/> C D D
	<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> C D I

Situation professionnelle  Temps complet  Temps partiel : %

Employeur  Profession  Grade   
(Si défense)

Adresse professionnelle / Unité

Code Postal – Ville  Tél. professionnel

Armée ou direction  Air  Marine  Gendarmerie  Terre  DGA

De rattachement :  SSA  DCNS  Autre ...

### Autorisation d'e-mailing

---

---

### Renseignements concernant l'enfant

---

Nom  Prénoms

Date de naissance  ou date présumée d'accouchement

Lieu de naissance  Département  Nationalité

Votre enfant présente-t-il un handicap (ou en cours de détection) ou en maladie chronique ?  Oui  Non

Votre enfant fréquente t'il actuellement un établissement de garde d'enfants défense ?  Oui  Non

Autre enfant présent dans l'établissement ?  Oui  Non

Accueil souhaité

Date d'admission souhaitée  Pour une mutation-date d'affectation

Etablissement (s) demandés(s) :

### Temps d'accueil souhaité

	Matin	Après-Midi	Journée
<b>Lundi</b>	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...
<b>Mardi</b>	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...
<b>Mercredi</b>	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...
<b>Jedi</b>	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...
<b>Vendredi</b>	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...	De ...h... à ...h...

**Liste des pièces justificatives à joindre à la demande au titre du FOYER  
FISCAL**

- Extrait d'acte de naissance de l'enfant ou déclaration de grossesse	
- Certificat de position militaire ou attestation d'emploi	
- Fournir une copie de toutes les pages de l'avis d'imposition N-2 et des 3 derniers bulletins de salaire des deux parents	
- Attestation sur l'honneur de parent isolé	
- Attestation de sujétions ou contraintes professionnelles (opérations extérieures, personnels hospitaliers en horaires décalés, personnel embarqué, horaires atypiques...)	
- Justificatif de domicile (quittance EDF, eau ... de moins de 3 mois)	
- Attestation de versement de prestations familiales (CAF)	
- Certificat médical attestant du handicap ou de la maladie chronique, si nécessaire	

**Tout dossier incomplet ne sera pas recevable et ne pourra pas donner lieu à une admission**

Fait à .....

Le .....

Signature du père

Signature de la mère