# Demande d'admission en établissement de jeunes enfants

Dossier à renvoyer par mail : espacepetiteenfance.fdf@igesa.fr
Ou par voie postale

**MULTI ACCUEIL "LES PETITS COLIBRIS"**
Quartier Gerbault - BP 609 - 97261 FORT DE FRANCE
Tél : 05 96 73 91 81 / 05 96 39 53 08

## Renseignements concernant le(a) responsable légal(e) 1 ou parent 1

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**

Nombre de personnes handicapées rattachées au foyer fiscal, titulaires d'une carte d'invalidité d'au moins 80% ____

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

(1) Cf note d'information n°19 « CDAP »

## Renseignements concernant le(a) responsable légal(e) 2 ou parent 2

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**

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

☐ Je n'autorise pas Igesa à m'adresser toutes prospections directes concernant ses produits et ceux de ses partenaires

**(1) Cf note d'information n°19 "CDAP"**

## 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 une maladie chronique ? ☐Oui ☐ Non
Votre enfant fréquente t'il actuellement un établissement de garde d'enfants défense ? Autre ☐Oui ☐ Non
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 |
|---|---|---|---|
| **Lundi** | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. |
| **Mardi** | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. |
| **Mercredi** | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. |
| **Jeudi** | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. | De ….h…. à ….h…. |
| **Vendredi** | 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 horairesdécalés, 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 de l'enfant concerné par la demande | |
| - Carte d'invalidité d'au moins 80% si un autre membre du foyer fiscal est handicapé | |

**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

| Liste des pièces justificatives à joindre lors de l'inscription dans l'établissement | |
|---|---|
| - Copie complète du livret de famille avec mentions marginales | |
| - Justificatifs officiels relatifs aux droits de visite et d'hébergement (en cas de séparation ou de divorce) | |
| - Certificat d'aptitude de l'enfant à la vie en collectivité | |
| - Copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou Certificat de vaccination (conformément à la réglementation en vigueur) | |
| - RIB | |
| - Attestation d’assurance responsabilité civile mentionnant le nom de l’enfant | |
| - Attestation de sécurité sociale du père ou de la mère mentionnant le nom de l’enfant | |

# Autorisations en EAJE

**Concerne mon enfant : ……..**

*Je, soussigné(e).....,*
Détenteur(trice) de l'autorité parentale, représentant(e) légal(e).

**Autorisation de transport à l'hôpital : OUI ☐ NON ☐**

*Prendre toutes les mesures nécessaires à préserver l'état de santé de mon enfant par les moyens les mieux adaptés (SAMU, pompiers, médecin) et à assurer son transport en ambulance vers le centre hospitalier d'urgence du secteur, à mes frais.*

**Demande de soins et administration de médicaments : OUI ☐ NON ☐**

*Demande au personnel de l'établissement, sous la responsabilité du directeur, l'administration à mon enfant de traitements médicamenteux sur présentation de la prescription médicale ou à donner des soins et médicaments, selon le protocole établi par le médecin référent.*

**Autorisation de sorties : OUI ☐ NON ☐**
Participer aux sorties organisées par la structure selon les conditions réglementaires en vigueur.

**Autorisation de prospection : OUI ☐ NON ☐**

*Igesa à m'adresser toute prospection directe concernant ses produits ou ses partenaires*

**Autorisation de convivialité : OUI ☐ NON ☐**

*Dans le cadre de la convivialité, il est organisé des goûters (anniversaire, fête,) ; à cette occasion, les parents peuvent (à titre exceptionnel) apporter gâteaux (sous emballage industriel) et jus de fruits, à participer à ces goûters.*

**Consultation des données issues du site partenaire CDAP concernant les revenus N-2 du foyer permettant d'appliquer le tarif horaire conforme aux ressources déclarées : OUI ☐ NON ☐**

*Une copie d'écran sera conservée dans le dossier famille*

**Autorisation à participer à l'enquête FILOUE : OUI ☐ NON ☐**
*Note explicative ci-jointe*

*Fait à ……., le……*

Mention manuscrite « Lu et approuvé »
Signature du père
(ou du représentant légal)

Signature de la mère
(ou de la représentante légale)

# NOTE D'INFORMATION N°3

# A L'ATTENTION DES FAMILLES

Madame, Monsieur,

Les caisses d'allocations familiales participent financièrement au fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE).
Afin d'améliorer l'action de la branche Famille, la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) a besoin de mieux connaître les caractéristiques des enfants qui fréquentent les établissements et leurs familles.
La CNAF a donc demandé à Igesa de lui transmettre, chaque année, un fichier d'informations sur les enfants accueillis (âge, commune de résidence, numéro allocataire des parents ou régime de sécurité sociale si les parents n'ont pas de dossier à la CAF) et aux modalités de leur accueil (nombre d'heures, facturation). Vous trouverez le détail de cette opération sur les sites: www.mon-enfant.fr (rubrique actualités) ou www.caf.fr(rubrique études et statistiques).

Ces données ne seront exploitées que pour produire des statistiques : **elles seront donc rendues anonymesavant leur utilisation par la CNAF**.

Conformément à l'article 7 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (Informatique et Liberté) et du Règlement (européen) Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous pouvez vous opposer àcette transmission de données. Dans ce cas, il vous est demandé de retourner le coupon-réponse joint dansles quinze jours.

Je vous remercie par avance de votre coopération et vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurancede ma considération.

Le Directeur des Etablissements Sociaux
M. Jean-Louis SIMONPIERI

---

*COUPON-RÉPONSE*

Si vous ne souhaitez pas participer à l'expérimentation FILOUE, merci de bien vouloir remettre le présent coupon à la direction de l'établissement fréquenté par votre enfant.

Mme/M. Prénom NOM : ……
Numéro de famille : ……

Adresse ……
Code postal …… Ville : ……
ne souhaite pas que les informations concernant son enfant soient transmises à la CNAF.Date :

Signature :

**NOTE D'INFORMATION N° 19**

**CONCERNANT LE PORTAIL DE CONSULTATION DES DONNEES ALLOCATAIRES PAR LES PARTENAIRES (CDAP)**

**A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Madame, Monsieur,

Les caisses d'allocations familiales mettent à disposition de l'institution un espace sécurisé unique à caractère professionnel. Ce service permet aux services gestionnaires de consulter les éléments de votre dossier allocataire nécessaires à l'exercice de leur mission, tout en protégeant vos données personnelles.
Cet accès facilite le traitement de votre dossier d'inscription et permet l'application d'une tarification conforme à votre situation familiale.

Conformément à la réglementation (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous écrivant à l'adresse suivante : IGESA – Direction des établissements sociaux – BP190 – 20293 BASTIA Cedex.

Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.
Tout changement de Caf et donc de numéro d'allocataire doit être signalé au directeur de l'établissement accueillant votre enfant avec transmission de votre nouvelle attestation Caf.

Le Directeur des Etablissements Sociaux
M. Jean-Louis SIMONPIERI