

Dossier à renvoyer à :

SMA "La p'tite compagnie"

56 rue du capitaine Echemann - 49100 ANGERS

Tél : 02 41 23 61 07 - mail: smaangers@igesa.fr

Demande d'admission en établissement de jeunes enfants

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

| | | | |
|---|--|--|-------------|
| Nom | | Prénoms | |
| Adresse | | | |
| Code Postal - Ville | | Tél. domicile | |
| Adresse mail | | Tél. portable | |
| Date de naissance | | Lieu | Département |
| Nationalité | | Nombre d'enfants à charge fiscalement au foyer | |
| Situation de famille : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> 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 :

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Du revenu de solidarité active (RSA) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| De l'allocation d'éducation pour l'enfant Handicapé (AEEH) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| De l'allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| De l'allocation de solidarité spécifique (ASS) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| De l'indemnité de stage professionnel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Qualité d'appartenance

| | | | | | |
|--|----|---|--------------------------------------|--|---|
| * Ressortissant défense <input type="checkbox"/> | ou | <input type="checkbox"/> Actif | <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"/> Retraité | <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 | |
| * 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 : | | | |
| * 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 <i>(si défense)</i> |
|-----------|------------|------------------------------|

| | |
|---------------------------------|--|
| Adresse professionnelle / Unité | |
|---------------------------------|--|

| | |
|---------------------|----------------------|
| Code Postal - Ville | Tél. professionnel : |
|---------------------|----------------------|

Armée ou direction de rattachement : Air Marine Gendarmerie Terre DGA
 SSA DCNS Autre

⁽¹⁾ Cf note d'information n°287/04/2010 "CAFPRO"

Renseignements concernant la mère de l'enfant

Nom Prénom

Nom jeune fille Nationalité

Adresse

Code Postal - Ville Tél. domicile

Adresse mail Tél. portable

Date de naissance Lieu Département

Du point de vue des allocations familiales, votre enfant est-il rattaché à la mère ?

Oui Non Si oui CAF⁽¹⁾ MSA Autres

Département du prestataire Numéro d'allocataire

Etes-vous bénéficiaire :

Du revenu de solidarité active (RSA) Oui Non

De l'allocation d'éducation pour l'enfant Handicapé (AEEH) Oui Non

De l'allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) Oui Non

De l'allocation de solidarité spécifique (ASS) Oui Non

De l'indemnité de stage professionnel Oui Non

Qualité d'appartenance

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| * Ressortissant défense <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Militaire | <input type="checkbox"/> Officier | <input type="checkbox"/> Carrière |
| | | | <input type="checkbox"/> Sous officier | <input type="checkbox"/> Sous contrat |
| | ou | <input type="checkbox"/> Civil | <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"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) n'ayant pas repris de vie de couple | <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 : | | |
| * 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 : | | | |
| * 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 de rattachement : Air Marine Gendarmerie Terre DGA
 SSA DCNS Autre

Autorisation d'e-mailing

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

⁽¹⁾ Cf note d'information n°287/04/2010 "CAFPRO"

Renseignements concernant l'enfant

| | | | | | |
|--|----------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nom | <input type="text"/> | Prénom | <input type="text"/> | Sexe | <input type="text"/> |
| Date de naissance : | <input type="text"/> | ou date présumée d'accouchement | <input type="text"/> | | |
| Lieu de naissance | <input type="text"/> | Département | <input type="text"/> | Nationalité | <input type="text"/> |
| Votre enfant présente-t'il un handicap ou une maladie chronique ? | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Votre enfant fréquente-t'il actuellement un établissement de garde d'enfants défense ? | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autre enfant présent dans l'établissement ? | | | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Accueil souhaité

| | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------|
| Date d'admission souhaitée | <input type="text"/> | Pour une mutation-date d'affectation | <input type="text"/> |
| Etablissement(s) demandé(s) : | <input type="text" value="SMA La p'tite compagnie"/> | | |

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 de naissance de l'enfant ou déclaration de grossesse | |
| - Copie du dernier bulletin de salaire de chacun des parents | |
| - Pour les familles non allocataires CAF ou s'opposant à la consultation du service internet CAFPRO ⁽¹⁾ : fournir copie de toutes les pages de l'avis d'imposition N-2 (à défaut les 3 derniers bulletins de salaire) | |
| - Attestation sur l'honneur de parent isolé (cf. annexe) | |
| - 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 | |

⁽¹⁾ Cf note d'information n°287/04/2010 "CAFPRO" page suivante

Le dossier est à envoyer à l'établissement de votre choix (adresse en en-tête).

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

| | |
|--|--|
| - Copie complète du livret de famille avec mentions marginales | |
| - Justificatifs officiels relatifs aux droits de visite et d'hébergement | |
| - Certificat d'aptitude de l'enfant à la vie en collectivité | |
| - Copie des pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant (DT Polio obligatoire) | |
| - RIB | |

La loi n°78-17 du 06/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifié s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui a transmis votre demande.

NOTE D'INFORMATION N°287/04/2010**A L'ATTENTION DES FAMILLES**

Madame, Monsieur,

La Caisse d'Allocations Familiales des Yvelines met à la disposition de l'institution, un service Internet à caractère professionnel. Ce service permettra aux personnels de la direction des établissements sociaux et aux responsables des établissements sociaux des antennes régionales IGeSA, de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de leur mission. Cet accès facilite le traitement du dossier d'inscription et la tarification relative à l'accueil de votre enfant.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous écrivant à l'adresse suivante : IGeSA - Direction des établissements sociaux - B.P 190 - 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 à la direction de l'établissement (fournir la dernière attestation).

La direction des établissements sociaux