

## 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

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<sup>(1)</sup>  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

|  |   |  |   |  |   |
|--|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ressortissant défense ➤     | 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"/> 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"/> Autre ressortissant ➤       | <input type="checkbox"/> Retraité   |  | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) n'ayant pas repris de vie de couple |  | <input type="checkbox"/> Orphelin                       |
|  | <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"/> 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 .....

(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

Tél. portable  Adresse mail

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<sup>(1)</sup>  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

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

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

<sup>(1)</sup> 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 défenses ? |                      |                                 |                      | <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"/> |                                      |                      |

### 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 <sup>(1)</sup> : fournir copie de toutes les pages de l'avis d'imposition N-2 (à défaut les 3 derniers bulletins de salaire) des deux parents |  |
| - 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  |  |

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

**Pour un accueil régulier**, le dossier est à envoyer à la direction régionale IGeSA  
(adresse en en-tête) qui en accusera réception.

**Pour un accueil occasionnel**, le dossier est à remettre à l'établissement d'accueil de votre choix

**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 modifiée 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 directions 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.

La direction des établissements sociaux