

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

Dossier à renvoyer par mail : espacepetiteenfance.med@igesa.fr

Ou par voie postale

Direction Régionale Igesa Méditerranée

Service des établissements sociaux :

2 rue Masséna – 83000 Toulon

Tél : 04 22 42 55 77

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"/> Civil	<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"/> 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"/> 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"/> Civil	<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"/> 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 ...

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
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...
Jedi	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 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