

## Demande d'admission en établissement de jeunes enfants

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

Ou par voie postale

**Direction Régionale Igesa Ile de France**

16 bis Avenue Prieur de la Côte d'Or – CS 40300 – 94114 ARCUEIL Cedex

Tél : 01 86 93 81 95

### 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%

<input type="checkbox"/> Ressortissant défense <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actif  ou	<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"/> Retraité	<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 checked="" 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 checked="" 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 ...

(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**

<input type="checkbox"/> Ressortissant défense <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actif  ou	<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"/> Retraité	<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 checked="" 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 checked="" 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

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
<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>Jeudi</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 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](http://www.mon-enfant.fr) (rubrique actualités) ou [www.caf.fr](http://www.caf.fr) (rubrique études et statistiques).

Ces données ne seront exploitées que pour produire des statistiques : **elles seront donc rendues anonymes avant 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 à cette transmission de données. Dans ce cas, il vous est demandé de retourner le coupon-réponse joint dans les quinze jours.

Je vous remercie par avance de votre coopération et vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de 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

