

DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION

Année 2026/2027

Nom - Prénom de l'enfant : Date de naissance : / /
Ou si l'enfant n'est pas encore né.e

Noms des parents Mois de naissance prévu : /

Adresse :

COORDONNÉES DE LA FAMILLE

NOM - PRÉNOM	COORDONNÉES
Titulaire de l'autorité parentale n°1 : Lien avec l'enfant :	<input type="checkbox"/> Adresse si différente de celle de l'enfant : <input type="checkbox"/> Tél. portable : <input type="checkbox"/> Tél. domicile : <input type="checkbox"/> Mail :
Responsable n°2 et/ou conjoint.e vivant au foyer : Lien avec l'enfant :	<input type="checkbox"/> Adresse si différente de celle de l'enfant : <input type="checkbox"/> Tél. portable : <input type="checkbox"/> Tél. domicile : <input type="checkbox"/> Mail :
Autre responsable légal.e ou famille d'accueil : Lien avec l'enfant :	<input type="checkbox"/> Structure ou Association de rattachement ASE : <input type="checkbox"/> Tél. portable : <input type="checkbox"/> Tél. domicile : <input type="checkbox"/> Mail :

SITUATION FAMILIALE : Marié.e.s Pacsé.e.s Vie Maritale Célibataire Veuf.ve
 Séparé.e.s Divorcé.e.s (joindre une copie du jugement s'il y a lieu)

RÉGIME ALLOCATAIRE :	Nom de l'allocataire	Numéro d'allocataire
CAF : <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> Autre :		
MSA : <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> Autre :		
Autre régime :		

Dans le cadre de la loi RGPD, je/nous soussigné.e.s autorise.ons l'ADPEP 28 à recueillir des informations auprès de ma CAF, dont mes/nos ressources de l'année N-2, le nombre d'enfants à charge, la présence d'un ou plusieurs enfant.s bénéficiant de l'AEEH afin de calculer le tarif horaire qui me/nous sera facturé et à conserver les copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans au minimum.

→ Sans autorisation de votre part, merci de nous fournir vos avis d'imposition de l'année N-2.

PLANNING D'ACCUEIL SOUHAITÉ

Accueil possible du lundi au vendredi, de 7h30 à 18h30

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée	H	H	H	H	H
Départ	H	H	H	H	H
Nombre d'heures					
Total hebdo.					

Autres informations concernant le planning :

.....

SPÉCIFICITÉS DE LA DEMANDE

→ Si une ou plusieurs de ces spécificités vous concerne, merci de nous l'indiquer

- L'un des parents ou l'enfant est en situation de handicap (joindre une attestation)
- Votre demande d'accueil concerne des jumeaux/jumelles ou des triplé.e.s
- Votre demande d'accueil concerne plusieurs enfants d'âges différents (fratrie)

DOCUMENTS A FOURNIR

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation d'allocation à la CAF en cours de validité pour les familles allocataires de l'Eure-et-Loir et de l'Eure
- Avis d'imposition des deux parents sur les revenus de l'année N-2 pour les familles non allocataires de la CAF d'Eure-et-Loir ou de l'Eure uniquement

→ Ce dossier est à retourner complet lors d'un rendez-vous avec la directrice entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} avril 2026 au plus tard. Il sera ensuite présenté anonymement lors de la Commission Petite Enfance statuant pour l'attribution des places d'accueils réguliers.

Partie à compléter par la direction

Dossier complet le / /

- Date de la demande : / /
- Première demande ? Oui Non : : / /
- Revenus mensuels année N-2 : € / Tarif horaire : €
- Sollicitation PMI ? : Oui Non
- Pondération :