

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 :	☑ Adresse si différente de celle de l'enfant : ☎ Tél. portable : ☎ Tél. domicile : ✉ Mail :
Responsable n°2 et/ou conjoint.e vivant au foyer : Lien avec l'enfant :	☑ Adresse si différente de celle de l'enfant : ☎ Tél. portable : ☎ Tél. domicile : ✉ Mail :
Autre responsable légal.e ou famille d'accueil :	☑ Structure ou Association de rattachement ASE : ☎ Tél. portable : ☎ Tél. domicile : ✉ 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'AAEH 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 :