

## DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION 2024-2025 La Goutte de Lait Saint Léon

**ATTENTION : LES DOSSIERS INCOMPLETS  
(sauf extraits de naissance) SERONT REJETES**

### **ENFANT A INSCRIRE** (un dossier par enfant)

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe :  Fille  Garçon

Date de naissance (ou prévue le) :

Lieu de naissance :

Nationalité :

### **PARENTS OU TUTEURS LEGAUX**

#### **Parent 1**

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Travail :

Profession :

en poste :

autre : congés parental :

congés maternité :

autre :

date de reprise envisagée :

Situation de famille :

Numéro de sécurité sociale :

Nationalité :

Adresse E-mail (en lettres majuscules) :

Numéro et nom d'allocataire CAF :

#### **Etablissements envisagés par ordre de priorité**

(Numéroter de 1 à 2), dossier à envoyer à l'adresse du choix n°1 :

##### **CRECHE Petit George (BB)**

A envoyer au 9, rue GB Shaw, 75015 Paris  
ou à petitgeorge@gouttedelait.com

##### **CRECHE Saint-Léon (enfants âgés de + de 18 mois)**

A envoyer au 37, rue Duplex, 75015  
ou à masl@gouttedelait.com

##### **Petit François (CRECHE et H-G)**

A envoyer au 3, rue Colonna d'Ornano, 75015  
ou à petitfrancois@gouttedelait.com

#### **Parent 2**

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Travail :

Profession :

en poste :

autre : congés parental :

congés maternité :

autre :

date de reprise envisagée :

Situation de famille :

Numéro de sécurité sociale :

Nationalité :

Adresse E-mail (en lettres majuscules) :

Numéro et nom d'allocataire CAF :

**SANTE :**

L'enfant est-il porteur d'un handicap ou d'une maladie grave :

Oui

Non

Si oui, préciser :

L'enfant a-t-il des allergies :

Oui

Non

Si oui préciser :

Nom et adresse du médecin traitant de l'enfant :

**VIE QUOTIDIENNE**

Nombre d'enfants vivant dans le foyer (enfant à inscrire inclus) :

Date de naissance des enfants :

Y a-t-il une demande d'inscription au sein de nos établissements pour un autre enfant de la fratrie :

Oui

Non

Autres personnes en dehors du foyer susceptibles de s'occuper de l'enfant :

Mode de garde actuel :

Motivations du choix d'inscription à la Goutte de Lait Saint Léon :

Jours demandés et amplitude horaire prévue (heure d'arrivée et heure de départ) :

- Lundi : de à
- Mardi : de à
- Mercredi : de à
- Jeudi : de à
- Vendredi : de à

Date de début souhaitée :

Date :

Signature :

**ATTENTION : LES DOSSIERS INCOMPLETS (sauf extraits de naissance) SERONT REJETES**

**Pièces à fournir :**

<input type="checkbox"/>	Photocopie du livret de famille (ou à défaut extraits d'acte de naissance de tous les enfants à charge)	<input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/>	Dernier avis d'imposition <b>(Toutes les pages)</b>
<input type="checkbox"/>	2 derniers bulletins de paie des parents	<input type="checkbox"/>	Autorisation de consulter les données CAF	<input type="checkbox"/>	Enveloppe timbrée à l'adresse des parents

## AUTORISATION DE CONSULTER LES DONNEES CAF

Je soussigné(e) ....., représentant légal de  
l'enfant ....., allocataire CAFn°  
..... et sous le nom .....

Chiffres

lettre

, autorise l'association La Goutte de Lait Saint Léon à interroger la base de données de la  
Caisse d'Allocation Familiale concernant mes données personnelles (quotient familial,  
déclaration de revenus...).

Fait à Paris, le .....

Signature :