

DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION 2026-2027

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 :

Etablissements envisagés par ordre de priorité

(Numéroté 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 Dupleix, 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

PARENTS OU TUTEURS LEGAUX

Parent 1

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

Parent 2

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Travail :

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Travail :

Profession :

en poste :

autre : congés parental :

 congés maternité :

 autre :

date de reprise envisagée :

Profession :

en poste :

autre : congés parental :

 congés maternité :

 autre :

date de reprise envisagée :

Situation de famille :

Situation de famille :

Numéro de sécurité sociale :

Numéro de sécurité sociale :

Nationalité :

Nationalité :

Adresse E-mail (en lettres majuscules) :

Adresse E-mail (en lettres majuscules) :

Numéro et nom d'allocataire CAF :

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) :

- | | | | |
|--------------------------|------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | Lundi : | de | à |
| <input type="checkbox"/> | Mardi : | de | à |
| <input type="checkbox"/> | Mercredi : | de | à |
| <input type="checkbox"/> | Jeudi : | de | à |
| <input type="checkbox"/> | Vendredi : | de | à |

Date de début souhaitée :

Date :

Signature :

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

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 (Toutes les pages)
<input type="checkbox"/>	2 derniers bulletins de paie des parents	<input type="checkbox"/>	Autorisation de consulter les données CAF		



AUTORISATION DE CONSULTER LES DONNEES CAF

Je soussigné(e), représentant légal de
l'enfant, allocataire CAF n°
..... 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 :