

Bienvenue! Veuillez remplir un dossier de demande par enfant et joindre les documents requis.

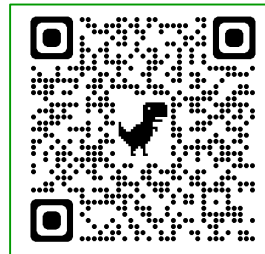
L'admissibilité à nos programmes est déterminée par l'âge de l'enfant et le revenu familial, et non par la date de votre demande.

Nos programmes se remplissent rapidement, alors veuillez soumettre votre demande dès que possible!

**Les informations sur votre demande sont confidentielles et utilisées uniquement pour déterminer l'éligibilité de votre enfant à nos programmes d'apprentissage précoce.**

**Nous ne demandons pas, ne vérifions pas et ne rapportons pas le statut d'immigration ou DSHS.**

## Numérisez pour plus d'informations



**Documents requis à joindre à la demande :** Veuillez nous contacter si vous avez besoin d'aide pour remplir la demande ou si vous n'avez pas l'un des documents requis listés ci-dessous. Veuillez remplir le formulaire de demande avec de l'encre bleue ou noire.

### Utilisez ceux qui s'appliquent :



**1 Preuve de revenu :** Joignez une copie de votre preuve de revenu familial.

- Documents de revenu :
  - Déclaration de revenus de l'année dernière
  - Formulaire(s) W-2 de l'année dernière
  - Talons de paie des 12 derniers mois
- Lettres de prestation actuelles de SSI/TANF/SNAP
- Subvention de prise en charge
- Soutien familial reçu pendant 12 mois
- Lettre de l'employeur indiquant votre revenu brut total des 12 derniers mois



**2 Preuve de la taille de la famille :** Joignez une copie de la preuve de la taille de la famille.

### Utilisez l'une de celles-ci :

- Déclaration de revenus de l'année dernière
- Document de location ou de logement
- Lettre de prestations (TANF, SSI, SNAP, etc.)
- Dossiers scolaires
- Document judiciaire ou légal



**3 Preuve de l'âge de l'enfant :** Joignez une copie de la preuve de la date de naissance de votre enfant.

### Utilisez l'une de celles-ci :

- Certificat de naissance de l'enfant
- Passeport/Visa
- Documents d'adoption
- Lettre d'autorisation de prise en charge
- Carnet de vaccination actuel
- Liste des parents résidents du DOC



**4 Preuve de tutelle légale :** Joignez une copie de votre preuve de tutelle légale.

### Utilisez l'une de celles-ci :

- Certificat de naissance
- Passeport/Visa
- Documents d'adoption
- Dossier de prise en charge
- Accord écrit signé et daté par les parents et la personne assumant la responsabilité de garde

**5 Documents supplémentaires, le cas échéant**

- Carnet de vaccination actuel
- PEI/PIF actuel (Plan d'éducation individualisé/Plan d'intervention familial)
- Examen de santé de l'enfant le plus récent
- Examen dentaire le plus récent
- Preuve d'appartenance tribale

- Veuillez-vous assurer d'inclure votre preuve de revenu. Nous ne pouvons pas traiter votre demande sans cette information.

**Retournez votre demande dûment remplie ainsi que les documents à :**

**Adresse du centre/site :**

**Kent Family Center - 13111 SE 274th St Kent WA 98030**  
**Kent Valley Early Learning Center - 317 4th Ave S Kent WA 98032**

## Candidature Early Learning 2019–2020

---

- Appelez notre bureau si vous recevez d'autres types de documents qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus.

Coordonnées : [Kent Family Center - 253 630 9590](#)  
Kent Valley Early Learning Center - 253-373-7600



WASHINGTON STATE  
Department of  
Children, Youth, and Families

Révisé le 01/03/2019

08.001.95

Page 2 sur 2

Langue : Anglais

# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027



<b>Staff Only</b>	ChildPlus ID: <input style="width:80%;" type="text"/>	ELMS ID: <input style="width:80%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ECEAP <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> EHS	Date Received: <input style="width:80%;" type="text"/>
-------------------	---	--	---	--

## Child Information – General/ Informations sur l'enfant – Généralités

First Name: Prénom : <input style="width:80%;" type="text"/>	Middle Initial: Initiale du deuxième prénom : <input style="width:80%;" type="text"/>	Last Name(s): Nom(s) de famille : <input style="width:80%;" type="text"/>
Date of Birth (month/day/year): Date de naissance (jour/mois/année) : <input style="width:80%;" type="text"/>	Gender: M F Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Preferred Name: Nom préféré : <input style="width:80%;" type="text"/>
What is this child's home language? Quelle est la langue parlée à la maison par l'enfant ? <input style="width:80%;" type="text"/>		2 <sup>nd</sup> language: 2 <sup>e</sup> langue : <input style="width:80%;" type="text"/>
This child speaks:/ L'enfant parle :		
<input type="checkbox"/> Only English Uniquement l'anglais	<input type="checkbox"/> Mostly English and another language Principalement l'anglais et une autre langue	<input type="checkbox"/> *Some English, but mostly another language *Un peu d'anglais, mais principalement une autre langue
<input type="checkbox"/> Both English and another language the same (bilingual) L'anglais et une autre langue de manière équivalente (bilingue)		<input type="checkbox"/> *Only a language other than English *Uniquement une langue autre que l'anglais

Child is (Check all that apply):/ L'enfant est (cochez toutes les réponses applicables) :

<input type="checkbox"/> African/African American/Black Africain/Afro-américain/Noir	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino Hispanique/Latino	<input type="checkbox"/> Decline to Report Préfère ne pas répondre
<input type="checkbox"/> Asian Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander Autochtone hawaïen ou insulaire du Pacifique	<input type="checkbox"/> Not listed: Autre : <input style="width:80%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alaska Native/Native American/American Indian Autochtone d'Alaska/Amérindien/ Autochtone d'Amérique du Nord	<input type="checkbox"/> White/ Blanc	

What is your family's heritage/tribe/country of origin?  
Quelle est l'origine/la tribu/le pays d'origine de votre famille ?

**Staff Only:** If this child is applying for ECEAP, and parent has marked Alaska Native/Native American/American Indian, please confirm whether this child is a member or eligible for membership in a Federally recognized tribe./

This child's previous or current enrollment:/ Scolarisation antérieure ou actuelle de l'enfant :

<input type="checkbox"/> None/ Aucune No previous preschool enrollment (ages 3-5) Aucune scolarisation en école maternelle (enfants de 3 à 5 ans)	<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in another Washington State County, not a PSESD Program Programme d'éducation préscolaire (Head Start)/ Programme d'éducation préscolaire de la petite enfance (Early Head Start)/Programme ECEAP/Programme ECEAP de la petite enfance (Early ECEAP) dans un autre comté de l'État de Washington, hors programme du PSESD
---	---



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

*Early Support for Infants and Toddlers (ESIT), IDEA Part C, ECLIPSE*  
 Soutien en petite enfance pour les nourrissons et les tout-petits (Early Support for Infants and Toddlers, ESIT), Partie C de la Loi sur l'éducation des personnes en situation de handicap (Individuals with Disabilities Education Act, IDEA), Services d'intervention et de prévention en petite enfance (Early Childhood Intervention Prevention Services, ECLIPSE)

*Head Start/Early Head Start/ECEAP/Early ECEAP in King or Pierce County, Washington State, or a PSESD Program*  
 Programme d'éducation préscolaire (Head Start, HS)/ Programme d'éducation préscolaire de la petite enfance (Early Head Start, EHS)/Programme ECEAP/Programme ECEAP de la petite enfance (Early ECEAP) dans le comté de King ou de Pierce, État de Washington, ou dans un programme du District de services éducatifs de Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD)

*When did this child last attend?*  
Quel établissement l'enfant a-t-il fréquenté ?

*Previous preschool enrollment (ages 3-5)*  
 Scolarisation en école maternelle (enfants de 3 à 5 ans)  
*Migrant/Seasonal Head Start anywhere in Washington State*  
 Programme Head Start pour familles migrantes/saisonnnières partout dans l'État de Washington

*Name and location of program:*  
Nom et lieu du programme :

*Is this child currently enrolled in a community slot at this site? Yes No*  
L'enfant est-il actuellement inscrit dans une place communautaire sur ce site ?  Oui  Non

*Is this child a **sibling** of a child currently enrolled in the program you are applying to? Yes No*  
L'enfant est-il **le frère ou la sœur** d'un enfant actuellement inscrit dans le programme pour lequel vous faites une demande ?  Oui  Non

*Foster or Kinship Care: Has this child ever been in foster, kinship or orphanage care? Yes No*  
**Placement en famille d'accueil ou prise en charge par un proche : L'enfant a-t-il déjà été placé en famille d'accueil, chez un proche ou en orphelinat ?**  Oui  Non

*If yes, please answer the following questions:\**

*Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes :\**

*Is this child in official foster care or kinship care **with** a foster care payment? Yes No*

L'enfant est-il actuellement placé officiellement en famille d'accueil ou chez un proche **avec** versement d'une allocation de placement ?  Oui  Non



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

- **If yes, what is the Case Number or Client ID Number?**
  - **Si oui, quel est le numéro de dossier ou le numéro d'identification du bénéficiaire ?**
    - **What is the monthly payment amount and source? \$** *DSHS SSI Tribe Other*
    - **Quel est le montant mensuel de l'allocation et sa source ? \$**  Département des services sociaux et de santé (Department of Social and Health Services, DSHS)
    - Revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI)
    - Tribu  Autre
- # of children covered by payment amount:**  
Nombre d'enfants couverts par ce montant :
- \* **Is this child in kinship care *without* a payment amount? Yes No**
- \* **L'enfant est-il placé chez un proche *sans* versement d'allocation ?  Oui  Non**
- \* **Was this child adopted after foster or kinship care, or from orphanage in another country? Yes No**
- \* **L'enfant a-t-il été adopté après un placement en famille d'accueil, un placement chez un proche ou depuis un orphelinat situé dans un autre pays ?  Oui  Non**
- \* **Was this child recently reunited with parent(s) after foster care or kinship care? Yes No**
- \* **L'enfant a-t-il récemment été réuni avec son ou ses parents après un placement en famille d'accueil ou chez un proche ?  Oui  Non**

**The questions below are for information only. Answering "Yes" will not affect your eligibility or enrollment in the program./ Les questions ci-dessous sont uniquement informatives. Répondre « Oui » n'aura aucun impact sur votre admissibilité ou l'inscription au programme.**

**Does your family currently receive services/support through Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or law enforcement/court system? Yes No**  
Votre famille reçoit-elle actuellement des services ou un accompagnement de la part des Services de protection de l'enfance (Child Protective Services, CPS), du Service d'évaluation familiale (Family Assessment Response, FAR), des Services de protection de l'enfance autochtones (Indian Child Welfare, ICW), des services tribaux comparables ou des forces de l'ordre/du système judiciaire ?  Oui  Non

**Has your family received services/support from CPS/FAR/ICW, comparable tribal services, or law enforcement/court system in the past? Yes No**  
Votre famille a-t-elle reçu par le passé des services ou un accompagnement de la part de CPS/FAR/ICW, des services tribaux comparables, ou des forces de l'ordre/du système judiciaire ?  Oui  Non

**Is your family currently approved for childcare through CPS or FAR?**  
Votre famille est-elle actuellement autorisée pour la garde d'enfants par l'intermédiaire de CPS ou de FAR ?  
**Yes – How many approved hours per week?**  No/ Non  
 Oui – Combien d'heures approuvées par semaine ?

**Has this child ever been asked to leave an early learning program because of behavior? Yes No**  
A-t-il déjà été demandé à cet enfant de quitter un programme d'éducation de la petite enfance en raison de problèmes de comportement ?  Oui  Non



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

## Child Information – Health/ Informations sur l'enfant – Santé

Does this child have medical insurance? Yes No/ L'enfant bénéficie-t-il d'une assurance maladie ?  Oui  Non

If yes, Washington Apple Health/  
what type?/ ProviderOne Private Insurance Tribal Military Medical Coverage

Si oui,  Washington Apple Health/  Assurance privée  Tribale  Couverture médicale militaire  
quel type ? ProviderOne

Does this child have a regular doctor or medical clinic?/ L'enfant a-t-il un médecin traitant ou une clinique médicale habituelle ?

Yes - Name of clinic/provider:/ Oui – Nom de la clinique/du professionnel de santé :

No - Name of medical professional:/ Non – Nom du professionnel de santé :

Does this child have dental insurance? Yes No  
L'enfant bénéficie-t-il d'une assurance dentaire ?  Oui  Non

If yes, Washington Apple Health/  
what type?/ ProviderOne Private Insurance Tribal ABCD  
Si oui,  Washington Apple Health/  Assurance privée  Tribale  Accès aux soins  
quel type ? ProviderOne  Couverture dentaire militaire  
ABCD  
Accès aux soins dentaires pour les nourrissons et les enfants (Access to Baby and Child Dentistry, ABCD)

Does this child have a regular dentist or dental clinic?/ L'enfant a-t-il un dentiste ou une clinique dentaire habituelle ?

Yes - Name of clinic/provider:/ Oui – Nom de la clinique/du professionnel de santé :

No - Name of dental professional:/ Non – Nom du professionnel de dentaire :

What is your child's immunization status? Fully immunized Exempt Not fully immunized, not exempt Not sure  
Quel est le statut vaccinal de votre enfant ?  Vaccination complète  Dispense  Vaccination incomplète, sans dispense  
 Incertain

Does this child have a chronic health condition (may include mental health, asthma, cancer, diabetes, seizures, ADHD, autism, spina bifida, sickle cell disease, or life-threatening allergies)?/  
L'enfant présente-t-il un problème de santé chronique (pouvant inclure des troubles de santé mentale, asthme, cancer, diabète, crises d'épilepsie, trouble du déficit de l'attention [Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD], autisme, spina-bifida, drépanocytose ou des allergies graves mettant la vie en danger) ?

Yes – Please describe:  
 Oui – Veuillez décrire :

The health condition is considered:  
Severe Moderate Mild  
Le problème de santé est considéré comme :  
 Grave  Modéré  Léger

Has a Health Care Provider diagnosed this condition?  
Yes No  
Ce problème de santé a-t-il été diagnostiqué par un professionnel de santé ?  Oui  Non

No/ Non



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

## Child Information – Development/ Informations sur l'enfant – Développement

Do you have concerns about this child's health? Yes – check all that apply below No

Avez-vous des préoccupations concernant la santé de votre enfant ?  Yes – cochez toutes les réponses applicables ci-dessous  Non

*Low birth weight (less than 5.5 lbs/ 5 lbs 8 oz.)*

Faible poids de naissance (moins de 5 lb 8 oz/2,5 kg)

*Hearing*

Audition

*Vision*

Vision

*Preterm birth less than 37 weeks*

Naissance prématurée avant 37 semaines de grossesse

*Fine motor/gross motor*

Motricité fine/motricité globale

*Food intolerance/special diet –*

*Please describe:*

Intolérance alimentaire/régime alimentaire particulier –  
Veuillez décrire :

*Drug/alcohol affected*

Exposition aux drogues/à l'alcool

*Tooth pain/decay/bleeding gums*

Douleurs dentaires/caries/saignement des gencives

Does this child have a **current and active** Individual Education Plan (IEP) or Individual Family Service Program (IFSP)?/

Votre enfant dispose-t-il d'un Plan d'enseignement individualisé (Individual Education Plan, IEP) ou d'un Plan individualisé de services à la famille (Individual Family Service Plan, IFSP) **actuel et en cours** ?

*Yes – Please provide a copy with your application.*

Oui – Veuillez joindre une copie à votre demande.

*No – Check if any of these apply:*

Non – Cochez toutes les réponses applicables :

*My child had an evaluation and was determined eligible for an IEP, but we are waiting for IEP to be issued or declined services.*

Mon enfant a fait l'objet d'une évaluation et a été jugé admissible à un IEP, mais nous attendons que l'IEP soit établi ou avons refusé les services.

*My child has had an IFSP in the past but did not transition to an IEP with the school district.*

Mon enfant a bénéficié par le passé d'un IFSP, mais n'a pas été orienté vers un IEP par le district scolaire.

*My child has a diagnosed developmental delay or disability with no IEP, or is being referred for evaluation.*

Mon enfant présente un retard de développement ou un handicap diagnostiqué, sans IEP, **ou** fait actuellement l'objet d'une orientation pour évaluation.

*My child has a suspected developmental delay or disability.*

Mon enfant présente un retard de développement ou un handicap suspecté.

*I have concerns about my child's development.*

J'ai des préoccupations concernant le développement de mon enfant.

*None apply/ Aucune de ces situations ne s'applique.*



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

## Parent/Guardian Information/ Informations sur le parent/le représentant légal

*This child lives with:/ Cet enfant vit avec :*

*One parent/guardian with primary custody (complete Parent/Guardian 1)*

Un seul parent/représentant légal ayant la garde principale (remplir la section Parent/Représentant légal 1)

*Two parents/guardians in the same household (complete Parent/Guardian 1 & 2)*

Deux parents/représentants légaux vivant dans le même foyer (remplir les sections Parent/Représentant légal 1 et 2)

*Two parents/guardians in two households, one parent/guardian with primary custody (complete Parent/Guardian 1)*

Deux parents/représentants légaux vivant dans deux foyers différents, avec un parent/représentant légal ayant la garde principale (remplir la section Parent/Représentant légal 1)

*Two parents/guardians in two households with equally shared time and custody (complete Parent/Guardian 1 & 2)*

Deux parents/représentants légaux vivant dans deux foyers différents, avec un temps et une garde partagés de manière équivalente (remplir les sections Parent/Représentant légal 1 et 2)

<b>Parent/Guardian 1</b> <b>Parent/Représentant légal 1</b>	<b>Parent/Guardian 2</b> <b>Parent/Représentant légal 2</b>
<i>First Name/ Prénom</i>	<i>First Name/ Prénom</i>
<i>Last Name(s)/ Nom(s) de famille</i>	<i>Last Name(s)/ Nom(s) de famille</i>
<i>Relationship to child/ Lien avec l'enfant</i> <input type="checkbox"/> <i>Biological/Adopted/Stepparent</i> <input type="checkbox"/> Parent biologique/adoptif/beau-parent <input type="checkbox"/> <i>Foster Parent/ Parent d'accueil</i> <input type="checkbox"/> <i>Grandparent/ Grand-parent</i> <input type="checkbox"/> <i>Aunt/Uncle/ Tante/Oncle</i> <input type="checkbox"/> <i>Other:/ Autre :</i>	<i>Relationship to child/ Lien avec l'enfant</i> <input type="checkbox"/> <i>Biological/Adopted/Stepparent</i> <input type="checkbox"/> Parent biologique/adoptif/beau-parent <input type="checkbox"/> <i>Foster Parent/ Parent d'accueil</i> <input type="checkbox"/> <i>Grandparent/ Grand-parent</i> <input type="checkbox"/> <i>Aunt/Uncle/ Tante/Oncle</i> <input type="checkbox"/> <i>Other:/ Autre :</i>
<i>Gender/ Sexe</i> <input type="checkbox"/> M/ M <input type="checkbox"/> F/ F	<i>Gender/ Sexe</i> <input type="checkbox"/> M/ M <input type="checkbox"/> F/ F
<i>Date of Birth (month/day/year)</i> Date de naissance (jour/mois/année)	<i>Date of Birth (month/day/year)</i> Date de naissance (jour/mois/année)
<i>Address (include City, State, Zip)</i> Adresse (inclure la ville, l'état et le code postal)	<i>Address (include City, State, Zip)</i> Adresse (inclure la ville, l'état et le code postal)
<i>Phone/ Téléphone</i> <input type="checkbox"/> <i>Home/ Domicile</i> <input type="checkbox"/> <i>Cell/ Portable</i> <input type="checkbox"/> <i>Work/ Travail</i>	<i>Phone/ Téléphone</i> <input type="checkbox"/> <i>Home/ Domicile</i> <input type="checkbox"/> <i>Cell/ Portable</i> <input type="checkbox"/> <i>Work/ Travail</i>
<i>Alternate Phone/ Téléphone secondaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Home/ Domicile</i> <input type="checkbox"/> <i>Cell/ Portable</i> <input type="checkbox"/> <i>Work/ Travail</i>	<i>Alternate Phone/ Téléphone secondaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Home/ Domicile</i> <input type="checkbox"/> <i>Cell/ Portable</i> <input type="checkbox"/> <i>Work/ Travail</i>
<i>Email/ E-mail</i>	<i>Email/ E-mail</i>
<i>Were you under age 18 when this child was born?/ Aviez-vous moins de 18 ans à la naissance de cet enfant ?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ Oui <input type="checkbox"/> No/ Non <input type="checkbox"/> N/A/ Sans objet	<i>Were you under age 18 when this child was born?/ Aviez-vous moins de 18 ans à la naissance de cet enfant ?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ Oui <input type="checkbox"/> No/ Non <input type="checkbox"/> N/A/ Sans objet
<i>What language(s) do you speak?/ Quelle(s) langue(s) parlez-vous ?</i>	<i>What language(s) do you speak?/ Quelle(s) langue(s) parlez-vous ?</i>



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

	<b>Parent/Guardian 1</b> <b>Parent/Représentant légal 1</b>	<b>Parent/Guardian 2</b> <b>Parent/Représentant légal 2</b>
<p><i>Do you need an English interpreter?/ Avez-vous besoin d'un interprète en anglais ?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes/ Oui <input type="checkbox"/> No/ Non	<input type="checkbox"/> Yes/ Oui <input type="checkbox"/> No/ Non
<p><i>Do you or any members of your family have ADA or other accessibility needs we can support?/ Vous ou un membre de votre famille avez-vous des besoins d'accessibilité au titre de la Loi américaine sur les personnes en situation de handicap (Americans with Disabilities Act, ADA) ou d'autres besoins spécifiques que nous pouvons prendre en charge ?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes/ Oui <input type="checkbox"/> No/ Non	<input type="checkbox"/> Yes/ Oui <input type="checkbox"/> No/ Non



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

	<b>Parent/Guardian 1</b> <b>Parent/Représentant légal 1</b>	<b>Parent/Guardian 2</b> <b>Parent/Représentant légal 2</b>
<b>You are (Check all that apply):/ Vous êtes (cochez toutes les réponses applicables) :</b>	<p><i>African/African American/Black</i></p> <input type="checkbox"/> Africain/Afro-américain/Noir	<p><i>African/African American/Black</i></p> <input type="checkbox"/> Africain/Afro-américain/Noir
	<input type="checkbox"/> Asian/ Asiatique	<input type="checkbox"/> Asian/ Asiatique
	<p><i>Alaska Native/Native American/ American Indian</i></p> <input type="checkbox"/> Autochtone d'Alaska/Amérindien/ Autochtone d'Amérique du Nord	<p><i>Alaska Native/Native American/ American Indian</i></p> <input type="checkbox"/> Autochtone d'Alaska/Amérindien/ Autochtone d'Amérique du Nord
	<input type="checkbox"/> <i>Hispanic/Latino/ Hispanique/Latino</i>	<input type="checkbox"/> <i>Hispanic/Latino/ Hispanique/Latino</i>
	<p><i>Native Hawaiian or Pacific Islander</i></p> <input type="checkbox"/> Autochtone hawaïen ou insulaire du Pacifique	<p><i>Native Hawaiian or Pacific Islander</i></p> <input type="checkbox"/> Autochtone hawaïen ou insulaire du Pacifique
	<input type="checkbox"/> <i>White/ Blanc</i>	<input type="checkbox"/> <i>White/ Blanc</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Decline to Report/ Préfère ne pas répondre</i>	<input type="checkbox"/> <i>Decline to Report/ Préfère ne pas répondre</i>
	<p><i>Not listed above:</i></p> <input type="checkbox"/> Non mentionné ci-dessus :	<p><i>Not listed above:</i></p> <input type="checkbox"/> Non mentionné ci-dessus :
<b>What is the highest level of education you completed?/ Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous avez terminé ?</b>	<input type="checkbox"/> <i>6<sup>th</sup> grade or less/ 6e année ou niveau scolaire inférieur</i>	<input type="checkbox"/> <i>6<sup>th</sup> grade or less/ 6e année ou niveau scolaire inférieur</i>
	<p><i>7<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> grade, no diploma and no GED</i></p> <input type="checkbox"/> De la 7e à la 12e, sans diplôme et sans certificat d'équivalence de fin d'études secondaires (General Educational Development, GED)	<p><i>7<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> grade, no diploma and no GED</i></p> <input type="checkbox"/> De la 7e à la 12e, sans diplôme et sans certificat d'équivalence de fin d'études secondaires (General Educational Development, GED)
	<input type="checkbox"/> <i>High school diploma/ Diplôme de fin d'études secondaires</i>	<input type="checkbox"/> <i>High school diploma/ Diplôme de fin d'études secondaires</i>
	<input type="checkbox"/> <i>GED/ GED</i>	<input type="checkbox"/> <i>GED/ GED</i>
	<p><i>Some college/advanced training</i></p> <input type="checkbox"/> Études supérieures partielles/ formation postsecondaire	<p><i>Some college/advanced training</i></p> <input type="checkbox"/> Études supérieures partielles/ formation postsecondaire
	<p><i>Professional certificate</i></p> <input type="checkbox"/> Certificat professionnel	<p><i>Professional certificate</i></p> <input type="checkbox"/> Certificat professionnel
	<input type="checkbox"/> <i>Associate degree/ Diplôme universitaire de cycle court</i>	<input type="checkbox"/> <i>Associate degree/ Diplôme universitaire de cycle court</i>
	<input type="checkbox"/> <i>Bachelor's degree/ Diplôme universitaire de niveau licence</i>	<input type="checkbox"/> <i>Bachelor's degree/ Diplôme universitaire de niveau licence</i>
	<p><i>Master's or doctorate degree</i></p> <input type="checkbox"/> Diplôme de niveau master ou doctorat	<p><i>Master's or doctorate degree</i></p> <input type="checkbox"/> Diplôme de niveau master ou doctorat
	<input type="checkbox"/> <i>None/ Aucun</i>	<input type="checkbox"/> <i>None/ Aucun</i>



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

	<b>Parent/Guardian 1</b> <b>Parent/Représentant légal 1</b>	<b>Parent/Guardian 2</b> <b>Parent/Représentant légal 2</b>
<p><i>Are you currently employed?/ Êtes-vous actuellement employé(e) ?</i></p>	<p><i>Yes – How many hours per week (including travel)?</i> <input type="checkbox"/> Oui – Combien d’heures par semaine (y compris les trajets) ?</p> <p><i>Employer:/ Employeur :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i> <i>No, retired or disabled</i> <input type="checkbox"/> Non, retraité(e) ou en situation de handicap <input type="checkbox"/> <i>Seasonal/ Emploi saisonnier</i></p>	<p><i>Yes – How many hours per week (including travel)?</i> <input type="checkbox"/> Oui – Combien d’heures par semaine (y compris les trajets) ?</p> <p><i>Employer:/ Employeur :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i> <i>No, retired or disabled</i> <input type="checkbox"/> Non, retraité(e) ou en situation de handicap <input type="checkbox"/> <i>Seasonal/ Emploi saisonnier</i></p>
<p><i>Are you currently in job training or school?/ Suivez-vous actuellement une formation professionnelle ou des études ?</i></p>	<p><i>Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?</i> <input type="checkbox"/> Oui – Combien d’heures par semaine (y compris les heures de cours, de travail personnel et les trajets) ?</p> <p><i>School:/ École :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i></p>	<p><i>Yes – How many hours per week (including class time, study time, travel)?</i> <input type="checkbox"/> Oui – Combien d’heures par semaine (y compris les heures de cours, de travail personnel et les trajets) ?</p> <p><i>School:/ École :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i></p>
<p><i>Are you in an approved WorkFirst activity?/ Participez-vous actuellement à une activité approuvée dans le cadre du programme WorkFirst ?</i></p>	<p><i>Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:</i> <input type="checkbox"/> Oui – Décrivez l’activité et indiquez le nombre d’heures approuvées par semaine : <input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i></p>	<p><i>Yes – Describe the activity and the number of approved hours per week:</i> <input type="checkbox"/> Oui – Décrivez l’activité et indiquez le nombre d’heures approuvées par semaine : <input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i></p>
<p><i>Are you or have been in the U.S. military?/ Êtes-vous ou avez-vous été membre des forces armées des États-Unis ?</i></p>	<p><i>Yes, current service member</i> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement en service actif</p> <p><i>Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months</i> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement déployé(e) ou déployé(e) au cours des 12 derniers mois/pour une durée totale de 19 mois</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Yes, veteran/ Oui, vétéran</i> <input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i></p>	<p><i>Yes, current service member</i> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement en service actif</p> <p><i>Yes, currently deployed or have been in the last 12 months/for a total of 19 months</i> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement déployé(e) ou déployé(e) au cours des 12 derniers mois/pour une durée totale de 19 mois</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Yes, veteran/ Oui, vétéran</i> <input type="checkbox"/> <i>No/ Non</i></p>



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

## Family Concerns/ Préoccupations familiales

*Please check areas of concern that you have for yourself/family in your household.*

*Veillez cocher les situations qui vous concernent, vous-même ou votre famille au sein de votre foyer.*

*Household member has a disability or has a chronic physical or mental health condition and is:*

Un membre du foyer présente un handicap **ou** un problème de santé physique ou mentale chronique **et** est :

*Unable to engage in work/school/family life*

Dans l'incapacité de participer au travail/à la scolarité/à la vie familiale

*Somewhat able to engage in work/school/family life*

Partiellement capable de participer au travail/à la scolarité/à la vie familiale

*Mostly able to engage in work/school/family life*

Largement capable de participer au travail/à la scolarité/à la vie familiale

*Child's parent/guardian has learning difficulties, no disability*

Le parent/représentant légal de l'enfant présente des difficultés d'apprentissage, sans handicap

*Household domestic violence (past or current), including in utero*

Violence domestique au sein du foyer (passée ou actuelle), y compris pendant la grossesse

*Household drug/alcohol concerns or substance use/misuse (past or current), including in utero*

Problèmes liés à la consommation de drogues ou d'alcool au sein du foyer (passés ou actuels), y compris pendant la grossesse

*Family is socially isolated, with complete or near-complete lack of contact with others*

Isolement social de la famille, avec une absence totale ou quasi totale de contacts avec d'autres personnes

*Child's parent/guardian has concern for getting or keeping a job*

Le parent/représentant légal de l'enfant rencontre des difficultés pour trouver ou conserver un emploi

*Family has legal concerns*

La famille rencontre des difficultés d'ordre juridique

*Child has a family member who attended Indian Boarding School*

Un membre de la famille de l'enfant a fréquenté un pensionnat autochtone (Indian Boarding School)

*Child's parent/guardian is a migrant or seasonal worker with more than half of family income coming from agricultural work*

Le parent/représentant légal de l'enfant est ou a été travailleur migrant ou saisonnier, et plus de la moitié des revenus familiaux provient de travaux agricoles

*Parent and child moved to engage in traditional cultural practices or employment (seasonal or temporary in agriculture or fishing)*

Le parent et l'enfant ont déménagé pour participer à des pratiques culturelles traditionnelles ou pour un emploi (saisonnier ou temporaire dans l'agriculture ou la pêche)

*Child's parent/guardian is/has been incarcerated during child's lifetime*

Le parent/représentant légal de l'enfant est ou a été incarcéré au cours de la vie de l'enfant

*Loss of a parent (death, abandonment)*

Perte d'un parent (décès ou abandon)

*Child's parents/guardians divorced or separated during child's life*

Séparation/divorce des parents/représentants légaux au cours de la vie de l'enfant

*Family was previously homeless (in the last 12 months)*

La famille a connu une situation de sans-abrisme par le passé (au cours des 12 derniers mois)

*Family has concerns with housing*

La famille rencontre actuellement des difficultés liées au logement

None/ Aucun



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

## Family Living Situation/ Situation de logement de la famille

Does this household receive subsidized housing such as a housing voucher or cash assistance for housing? Yes No  
Ce foyer bénéficie-t-il d'un logement subventionné, par exemple d'une aide au logement, d'un bon de logement ou d'une aide financière pour le logement ?  Oui  Non

What is your family's current housing situation? **The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. Your answers may help us determine the services your child may be eligible to receive./** Quelle est la situation actuelle de logement de votre famille ? **La loi McKinney-Vento (McKinney-Vento Act) prévoit des aides et des services pour les enfants et les jeunes en situation de sans-abrisme. Vos réponses peuvent nous aider à déterminer les services auxquels votre enfant peut être admissible.**

Own/ Propriétaire

Temporary Military Housing/ Logement militaire temporaire

Rent/ Locataire

*In someone else's house or apartment with another family (select one option below):*

Hébergement dans la maison ou l'appartement d'une autre personne avec une autre famille (choisissez une option ci-dessous) :

➤ *By choice (e.g., to share responsibilities, to be close to family, etc.)*

➤  Par choix (par exemple pour partager les responsabilités, être proche de la famille, etc.)

➤ *Due to loss of housing, economic hardship, or similar reason*

➤  En raison d'une perte de logement, de difficultés économiques ou d'une raison similaire

In a motel/ Dans un motel

In a shelter/ Dans un centre d'accueil

*A car, park, campsite, or similar location*

Dans une voiture, un parc, un terrain de camping ou un lieu similaire

Transitional Housing/ Logement transitoire

*Moving from place to place/couch surfing*

Changements fréquents de logement/hébergement temporaire chez des proches

*In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity)*

Logement présentant des équipements insuffisants (pas d'eau courante, de chauffage ou d'électricité)

Other – Please describe:/ Autre – Veuillez décrire :



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

## Family Income and Family Size/ Revenus et composition de la famille

Does a parent/guardian in your household pay legally binding child support to another household? Yes No  
Un parent/représentant légal de votre foyer verse-t-il une pension alimentaire légalement obligatoire à un autre foyer ?  Oui  Non

Check all that apply if you, this child, or another person living in your home related to you by blood, marriage, or adoption receive these types of Public Assistance./ Cochez toutes les réponses applicables si vous-même, cet enfant ou une autre personne vivant dans votre foyer et liée à vous par le sang, le mariage ou l'adoption, percevez l'une des aides publiques suivantes :

SSI for disability received by: Child Parent/Guardian Other – Relationship to child:  
 SSI pour invalidité reçu par :  Enfant  Parent/Représentant légal  Autre – Lien avec l'enfant :

Temporary Assistance for Needy Families (TANF) cash Child-only TANF  
 Aide temporaire aux familles dans le besoin (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), aide financière  
 Aide TANF uniquement pour l'enfant

Basic Food (SNAP/FAP) WorkFirst Working Connections Child Care subsidy WIC None  
 Aide alimentaire de base : Programme d'aide nutritionnelle complémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) / Programme d'aide alimentaire (Food Assistance Program, FAP)  WorkFirst  Aide à la garde d'enfants Working Connections  Programme de nutrition pour les femmes, les nourrissons et les enfants (Women, Infants, and Children, WIC)  None

Were you referred to this program by an agency? No  
Avez-vous été orienté(e) vers ce programme par un organisme ?  Yes - Name:/ Oui – Nom :  Non

How did you find out about this program?/ Comment avez-vous entendu parler de ce programme ?



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

**Please list all people living in this child's primary household/  
Veuillez indiquer toutes les personnes vivant dans le foyer principal de cet enfant**

Name (First and Last)/ Nom complet (nom de famille et prénom)	Birthdate (month/day/year)/ Date de naissance (jour/mois/année)	Relationship to child/ Lien avec l'enfant		
<i>Applying Child:/</i> Enfant faisant l'objet de la demande :		<i>Applying Child/</i> Enfant faisant l'objet de la demande	Yes/ Oui	Yes/ Oui
			<i>Are you the applying child's biological or adoptive parent?/ Êtes-vous le parent biologique ou adoptif de l'enfant faisant l'objet de la demande ?</i>	<i>If no, are you married to the parent/guardian of the applying child?/ Si non, êtes-vous marié(e) au parent/ représentant légal de l'enfant faisant l'objet de la demande ?</i>
<i>Parent/Guardian:</i> Parent/Représentant légal :		<i>Parent/Guardian</i> Parent/ Représentant légal	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Parent/Guardian:</i> Parent/Représentant légal :		<i>Parent/Guardian</i> Parent/ Représentant légal	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Additional household members:/</i> Autres membres du foyer :			<i>Is this person financially supported by parent/guardian of child?/ <input type="checkbox"/> Cette personne est-elle financièrement prise en charge par le parent/représentant légal de l'enfant ?</i>	<i>Is this person related to parent/guardian of child by blood, marriage, or adoption?/ <input type="checkbox"/> Cette personne est-elle liée au parent/ représentant légal de l'enfant par le sang, le mariage ou l'adoption ?</i>



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

Name (First and Last)/ Nom complet (nom de famille et prénom)	Birthdate (month/day/year)/ Date de naissance (jour/mois/année)	Relationship to child/ Lien avec l'enfant		
			Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Yes No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*I promise that the information on this form is true and correct. I have authority to enroll this child and will report all my income and family size, as required by the Early Learning Programs. If I knowingly provide false information, I understand my family may be unable to continue program services. Additionally, if my child is enrolled in ECEAP, I may have to repay the amount spent on my child./*

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et complètes. J'atteste être habilité(e) à inscrire cet enfant et je m'engage à déclarer l'ensemble de mes revenus ainsi que la composition de mon foyer, conformément aux exigences des programmes d'éducation de la petite enfance. Je comprends que, si je fournis sciemment des informations fausses, ma famille pourrait ne plus être en mesure de continuer à bénéficier des services du programme. De plus, si mon enfant est inscrit au programme ECEAP, je pourrais être tenu(e) de rembourser les montants engagés pour mon enfant.

*I understand that information from this application is entered in various Early Learning databases operated by the Department of Children, Youth, and Families (DCYF) and Puget Sound Educational Service District (PSESD). DCYF and PSESD are committed to protecting confidential and personal information that could identify a child or family. No information related to immigration status is entered in these databases or shared with state or federal agencies. Information in these databases may be used for the following: /*

Je comprends également que les informations figurant dans cette demande sont enregistrées dans différentes bases de données des programmes d'éducation de la petite enfance, gérées par le Département de l'enfance, de la jeunesse et des familles (Department of Children, Youth, and Families, DCYF) et par le District de services éducatifs de Puget Sound (Puget Sound Educational Service District, PSESD). DCYF et PSESD s'engagent à protéger les informations confidentielles et les données à caractère personnel permettant d'identifier un enfant ou une famille. Aucune information relative au statut d'immigration n'est saisie dans ces bases de données ni transmise à des organismes étatiques ou fédéraux. Les informations contenues dans ces bases de données peuvent être utilisées aux fins suivantes :

- *Research studies to determine if participating in Early Learning helps children later in life.*  
Études de recherche visant à déterminer si la participation aux programmes d'éducation de la petite enfance a un impact positif sur les enfants à long terme.
- *To prove Washington State spends some of their own dollars on programs for families, which is required to receive Temporary Assistance for Needy Families dollars from the federal government.*  
Justification des dépenses de Washington State consacrées aux programmes de soutien aux familles, exigée pour l'obtention de fonds fédéraux au titre de l'Aide temporaire aux familles dans le besoin (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).



# Early Learning Application 2026-2027/ Demande d'inscription à l'éducation de la petite enfance 2026-2027

**Child's First Name:**  
Prénom de l'enfant :

**Child's Last Name:**  
Nom de famille de l'enfant :

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_  
**Signature du parent/représentant légal** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

*(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS)/ (Personnel ECEAP : Saisir cette date dans ELMS)*

**\*Staff Only – If not signed, complete below. Parent signature must be obtained as soon as possible, or no later than the enrollment visit.**

**Reviewed and received verbal verification on (date):**

**Staff Initials:**

*(ECEAP Staff: Enter this date in ELMS if not signed – you cannot update this once the ELMS application is locked)*

