

# ACCUEIL GAPEN'CIMES

DATE D'INSCRIPTION : .....

## **ENFANT :**

Nom et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

## **RESPONSABLES LEGAUX :**

**Père :** Nom et Prénom : .....

Date de naissance et lieu de naissance : .....

Adresse au domicile : .....

.....

Tél : ..... Portable : .....

**Mère :** Nom et Prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse au domicile : .....

.....

Tél : ..... Portable : .....

**Situation familiale :** .....

## **AUTORISATION**

A signer par les responsables légaux

Je soussigné(e) Madame, Monsieur .....

- Déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la l'Accueil GAPEN'CIMES en date du ..... et en acceptent l'application pour notre enfant..... ;
- Déclarent sur l'honneur l'authenticité des renseignements fournis pour l'établissement du dossier administratif,
- Autorité Parentale : Conjointe   
Monoparentale   
Si l'autorité est monoparentale, veuillez préciser qui en a la garde et nous fournir les justificatifs.....
- Autorisent un de responsables de l'Accueil GAPEN'CIMES à faire transporter, par les services d'interventions d'urgence, notre enfant vers le Centre Hospitalier de Gap en cas de nécessité ;
- Autorisent un de responsables à prendre des mesures d'intervention chirurgicale et d'hospitalisation d'urgence ;

- Autorisent le personnel à prendre des photos de notre enfant dans le cadre des activités de l'Accueil GAPEN'CIMES, et à diffuser ces photos sur les supports de communication de la Mairie de Gap : plaquettes, journaux municipaux et site internet de la Ville de Gap,
- Autorisent Madame, Monsieur :  
 Nom ..... Tél : ..... Qualité.....  
 Nom ..... Tél : ..... Qualité.....  
 Nom ..... Tél : ..... Qualité.....  
 Nom ..... Tél : ..... Qualité.....  
 Nom ..... Tél : ..... Qualité.....

à venir chercher notre enfant dans la structure. De ce fait nous dégageons l'équipe de l'Accueil GAPEN'CIMES de toute responsabilité.

A ....., le ..... « Lu et Approuvé »

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :



## FICHE SANITAIRE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Poids : ..... Taille : .....

Allergies : .....

Allergies alimentaires : .....

Particularités : .....

Nom du médecin traitant : .....

N° de tél : .....

---

### Vaccins :

Vaccins	Dates
DT Polio n°1	
DT Polio n°2	
DT Polio n°3	
DT Polio rappel	
BCG	
ROR	
Autres :	