

## Crèches - Éducation - Accueils de Loisirs - Culture - Sports - Seniors

Dossier Crèche déposé le : ..... / ..... / .....

### COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

M.  Mme **NOM d'usage** : ..... **Prénom** : .....

**NOM de jeune fille** : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile & portable : ..... / ..... Mail : .....

En activité professionnelle       Formation / Stage       Sans activité professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

CP / Ville : ..... Tél. professionnel : .....

### CONJOINT(E)

M.  Mme **NOM d'usage** : ..... **Prénom** : .....

**NOM de jeune fille** : .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Tél. portable : ..... Mail : .....

En activité professionnelle       Formation / Stage       Sans activité professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

CP / Ville : ..... Tél. professionnel : .....

### SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire     Marié(e)     Vie maritale     Pacsé(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)\*     Séparé(e)\*

\* **Communiquer le jugement ou l'ordonnance de divorce ou de séparation. Si pas de jugement**, une attestation sur l'honneur signée par les deux parents précisant les modalités de garde et financière.

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

### RÉGIME ALLOCATAIRE

Nom et prénom de l'allocataire : .....

N° d'allocataire : .....

Régime d'allocataire :  CAF     MSA     Autres : .....

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe :  M  F

Établissement scolaire : ..... Classe : .....

**EN CAS DE SÉPARATION :** inscrire les coordonnées de l'autre parent de l'enfant :

M.  Mme **NOM d'usage :** ..... **Prénom :** .....

**NOM de jeune fille :** .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Mail : .....

En activité professionnelle  Formation / Stage  Sans activité professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

CP / Ville : ..... Tél. professionnel : .....

## PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I)

Un Projet d'Accueil Individualisé doit être établi pour accueillir en activités les enfants présentant des maladies chroniques (diabète, épilepsie, asthme, allergie...). Si votre enfant doit suivre un régime alimentaire, prendre régulièrement des médicaments, doit avoir un accompagnement particulier ou doit recevoir des gestes à faire en urgence, vous devez vous rapprocher du médecin référant de la structure et/ou du directeur de l'établissement accueillant votre enfant pour la mise en place d'un P.A.I.

**Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant :**  Oui  Non

**IMPORTANT :** Tant que le P.A.I n'est pas signé (s'il s'agit d'un premier dossier), l'enfant ne pourra pas être accueilli aux activités.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Asthme  Oui  Non Allergie médicamenteuse  Oui  Non Allergie alimentaire  Oui  Non

**Votre enfant :**

● Est-il en situation de handicap ? (fournir la ou les attestations)  Oui  Non

● Est-il suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ?  Oui  Non

● Est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'un établissement spécialisé ?  Oui  Non

**Si oui, lequel ?** .....

● Porte-t-il des lunettes, des lentilles de contact ou un appareil dentaire ?  Oui  Non

**Si oui, lequel ?** .....

**PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER :** .....

## TYPE DE REPAS

Sans régime alimentaire  Régime sans porc  P.A.I (repas fourni par la famille)

## CONTACTS

CONTACTS (Hormis les parents)		TÉLÉPHONES	TYPE	LIENS DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT
1	Nom : Prénom :	Domicile : Portable : Prof. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	
2	Nom : Prénom :	Domicile : Portable : Prof. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	
3	Nom : Prénom :	Domicile : Portable : Prof. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	

## AUTORISATIONS

**Droit à l'image :** J'autorise la Commune à utiliser l'image de mon enfant sous forme de photographies ou de vidéos prises par le personnel municipal dans le cadre d'activités périscolaires ou en centres de loisirs pour la présentation de ses activités, par la Commune (documentation ou presse municipale), ou par l'établissement (travaux, expositions, panneaux d'affichage) ainsi que sur le site internet de la Ville ou de l'établissement pour une durée ne pouvant excéder 1 an à compter de la rentrée scolaire :  **Oui**  **Non**

**Mesures d'urgence :** J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

**Transport :** J'autorise le personnel à sortir et à effectuer un déplacement avec mon enfant dans un transport en commun ou dans un véhicule de service, ou pour la Crèche Familiale dans le véhicule personnel des Assistantes Maternelles.

**Je soussigné(e),** ....., certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à ..... le .....

Signature de la mère

Signature du père

Signature du représentant légal

**Mairie de GAP - Guichet Unique 3 rue colonel Roux 05000 - GAP**

**Tél. 04 92 53 24 23 Mail : guichet-unique@ville-gap.fr**

**Ouvert au public du lundi au vendredi de 8h30 à 12h & de 13h30 à 17h, le samedi de 8h30 à 12h**

## FICHE D'INSCRIPTION ADULTE

(Remplir 1 fiche par adulte)

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... à ..... Sexe :  M  F

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Asthme :  Oui  Non Allergie médicamenteuse :  Oui  Non

Allergie alimentaire :  Oui  Non

**PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER :** .....

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hormis le conjoint)

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Lien de parenté avec la personne inscrite : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

### AUTORISATIONS

**Droit à l'image :** J'autorise la Commune à utiliser mon image sous forme de photographies ou de vidéos prises par le personnel municipal dans le cadre des activités pour la présentation de ses activités, par la Commune (documentation ou presse municipale), ou par l'établissement (travaux, expositions, panneaux d'affichage) ainsi que sur le site internet de la Ville ou de l'établissement pour une durée ne pouvant excéder 1 an à compter de la prochaine rentrée scolaire :  Oui  Non

**Mesures d'urgence :** Le personnel municipal est autorisé à prendre, les mesures rendues nécessaires par mon état de santé en cas d'urgence.

**Je soussigné(e),** ....., certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à ..... le .....

Signature