

NOM DE L'ENFANT Prénom

SEXE M F NÉ(E) LE / / à CP

FILIATION DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1 PÈRE/MÈRE NOM d'usage Prénom

NOM de naissance.....

Né(e) le..... / / à Code Postal

Adresse..... CP Ville

Tél. fixe Tél. portable Mail.....

Actuellement sans activité retraité en formation ou stage étudiant en activité

Si en activité, merci de cocher une catégorie d'emploi :

Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral

Employeur Tél. professionnel

RESPONSABLE 2 PÈRE/MÈRE NOM d'usage Prénom

NOM de naissance.....

Né(e) le..... / / à Code Postal

Adresse (si différente du responsable 1) CP Ville

Tél. fixe Tél. portable Mail

Actuellement sans activité retraité en formation ou stage étudiant en activité

Si en activité, merci de cocher une catégorie d'emploi :

Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral

Employeur Tél. professionnel

A NE REMPLIR QU'EN CAS DE SÉPARATION DES PARENTS DE L'ENFANT

Autorité parentale conjointe au père à la mère autre

Résidence de l'enfant chez le père chez la mère garde alternée autre

Attention : En cas de garde alternée, chaque parent doit remplir son propre dossier

Merci de nous communiquer le jugement de séparation.

A la charge de la mère tous les frais frais des semaines paires frais des semaines impaires

A la charge du père tous les frais frais des semaines paires frais des semaines impaires

VOTRE CONJOINT ACTUEL

NOM d'usage Prénom

NOM de naissance

Né(e) le..... / / à Code Postal

Adresse..... CP Ville

Tél. fixe Tél. portable Mail.....

Actuellement sans activité retraité en formation ou stage étudiant en activité

Si en activité, merci de cocher une catégorie d'emploi :

Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral

Employeur Tél. professionnel

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE

Célibataire Marié(e) Vie commune Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) 1/2

NOMBRE D'ENFANT(S) À CHARGE
RÉGIME ALLOCATAIRE CAF MSA N° Nom/prénom allocataire

CONTACTS DE LA FAMILLE (personnes majeures), en dehors des représentants légaux

👉 **Nom** **Prénom** **Lien avec l'enfant**
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence (téléphone)

👉 **Nom** **Prénom** **Lien avec l'enfant**
 Autorisé(e) à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence (téléphone)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme Oui Non Allergie alimentaire Oui Non Allergie médicamenteuse Oui Non

Votre enfant est-il - en situation de handicap ? Oui Non
- suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non
- suivi par un établissement spécialisé ? (si oui, lequel) Oui Non

PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I) Un projet doit être établi avec le directeur(trice) de l'établissement accueillant l'enfant en cas de maladie chronique, d'allergie alimentaire ou médicamenteuse, la prise régulière de médicament, les gestes à faire en urgence, un besoin d'accompagnement particulier. **Mon enfant a déjà un P.A.I** Oui Non
Si Oui PAI déjà connu des services municipaux PAI non connu ou 1ère demande

Pour quel motif allergie alimentaire asthme autre (précisez)

TYPE DE REPAS CONSOMMÉ repas normal repas sans porc repas fourni par la famille (PAI)

DROIT À L'IMAGE J'autorise la mairie de GAP à utiliser mon image (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (affichage, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville...) OUI NON

FACTURE DÉMATÉRIALISÉE J'accepte de recevoir mes factures de façon dématérialisée sur mon espace famille OUI NON

CONCERNANT VOS RESSOURCES

Je ne perçois aucune prestation CAF/MSA Je ne communique pas mon avis d'imposition (tarif maximum appliqué)
 Je perçois des prestations CAF/MSA, je fournis le document Je communique le ou les avis d'imposition de mon foyer actuel

ENGAGEMENTS Je soussigné(e), (nom et prénom)

- autorise le responsable d'établissement à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires à l'état de santé de mon enfant,
- autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon enfant à pied, en transport en commun ou dans un véhicule de service,
- autorise la Mairie de GAP à utiliser mon adresse mail dans le cadre de la diffusion d'informations,
- atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations,
- atteste que mon enfant est/sera assuré en responsabilité civile pour l'année scolaire 2024/2025,
Numéro de contrat Compagnie d'assurance
- avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement (documents disponibles sur le site internet de la ville www.ville-gap.fr, à retirer auprès du Guichet ou à demander par mail),
- certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements,
- et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale).

Fait à le/...../.....
Signature du responsable 1 Signature du responsable 2 Signature du représentant légal

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de GAP, en sa qualité de responsable de traitement, pour la gestion des inscriptions enfants. La base légale de ce traitement est l'exécution contractuelle. Vos données sont conservées pendant toute la durée légale, sauf indication contraire de votre part, sont destinées aux Directions de la Mairie et du CCAS, en fonction des inscriptions de l'enfant (école, centre de loisirs, etc). Conformément à la loi 78-17 "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime en contactant le délégué à la protection des données par mail : dpo@ville-gap.fr. Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse <https://www.cnil.fr/plaintes>.