

NOM DE L'ENFANT : **Prénom :**

SEXE : M F **NÉ(E) LE** / / **à** **Code Postal**

👉 **Activité 1** **Horaire**

👉 **Activité 2** **Horaire**

FILIATION DE L'ENFANT

PÈRE **NOM d'usage** **Prénom**

Né 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

MÈRE **NOM d'usage** **Prénom**

NOM de naissance

Née le..... / / **à** **Code Postal**

Adresse (**si différente du père**) **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

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

Merci de nous communiquer le jugement de séparation.

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 DE FAMILLE ACTUELLE

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

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 à récupérer l'enfant A contacter en cas d'urgence (téléphone)

Nom Prénom Lien avec l'enfant

Autorisé 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 (diabète, épilepsie, asthme), allergie (alimentaire ou médicamenteuse...), prise régulière de médicament, gestes à faire en urgence, un besoin d'accompagnement particulier.

Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant 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 l'image de mon enfant (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (affichage, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville) Oui Non

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 2022/2023,

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 père

Signature de la mère

Signature du représentant légal

Le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 06 janvier 1978 (revue en 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives portées sur le formulaire peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant.