

NOM : **PRÉNOM :** **SEXE :** M F

👉 **Activité 1** **Horaire**

👉 **Activité 2** **Horaire**

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

Nom d'usage		
Nom de jeune fille		
Prénom		
Date et Lieu de naissance/...../..... à/...../..... à
Adresse		
CP / Ville		
Tél. domicile		
Tél. portable		
Mail		
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Retraité
Profession		
Tél. professionnel		

SITUATION FAMILIALE 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 :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hormis le conjoint) Lien :

.....

Nom : **Prénom :** **Téléphone :**

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

Droit à l'image : J'autorise la Commune et l'établissement à utiliser mon image (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (documentation, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville, travaux, expositions, panneaux d'affichage) : Oui Non

Je soussigné(e), (nom et prénom), certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portant sur cette page et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale ou professionnelle).

Fait à le Signature

Tél. 04 92 53 24 23 Mail : guichet-unique@ville-gap.fr Site : www.ville-gap.fr
Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h et le samedi de 8h30 à 12h