

**NOM DE L'ENFANT** ..... **Prénom** .....

**SEXE**  M  F **NÉ(E) LE** ..... / ..... / ..... **à** ..... **CP**

**TA :**

**TB :**

**FILIATION DE L'ENFANT**

**RESPONSABLE 1 Père / Mère** **NOM d'usage** ..... **Prénom** .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... **à** ..... **Code Postal**

**Adresse** ..... **CP** ..... **Ville** .....

**Téléphone** ..... **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** .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... **à** ..... **Code Postal**

**Adresse (si différente du responsable 1)** ..... **CP** ..... **Ville** .....

**Téléphone** ..... **Mail** .....

Actuellement  sans activité  retraité  en formation ou stage  étudiant  en activité

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

Agriculteur  Artisan  Cadre  Chef d'entreprise  Commerçant  Employé  Fonctionnaire  Libéral

**Employeur** ..... **Tél. professionnel** .....

**EN CAS DE SÉPARATION DES PARENTS DE L'ENFANT (si garde alternée, chaque parent remplit son dossier)**

👉 **Autorité parentale**  conjointe  au père  à la mère  autre

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

**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(E) ACTUEL(LE)**

**NOM** ..... **Prénom** .....

Né(e) le ..... / ..... / ..... **à** ..... **Code Postal**

**Adresse** ..... **CP** ..... **Ville** .....

**Téléphone** ..... **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)

**Nbre d'enfants à charge** .....

**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.

**P.A.I déjà mis en place pour votre enfant**  Oui  Non

Si Oui  PAI connu des services municipaux  PAI non connu / 1ère demande (pour l'école, contactez le 04.92.53.24.03)

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

**AUTORISATION À PARTIR SEUL :** J'autorise mon enfant à partir seul du CS de Beauregard  Oui  Non  
 J'autorise mon enfant à partir seul du Centre Ville  Oui  Non

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

- autorise les responsables à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires à l'état de santé de mon enfant,
  - autorise le personnel à se déplacer avec mon enfant à pied / transport en commun / 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 2023 / 2024,
- Numéro de contrat ..... Compagnie d'assurance .....
- atteste avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement (documents disponibles sur le site internet de la ville [www.ville-gap.fr](http://www.ville-gap.fr), à retirer auprès du Guichet ou à demander par mail),
  - certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements,
  - 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