FICHE ENFANT — Été 2025 + Année scolaire 2025 / 2026

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 .....

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

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)

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 uniquement sur mon portail famille ❑ **OUI** ❑ **NON**

CONCERNANT VOS RESSOURCES

❑ Je ne perçois aucune prestation CAF/MSA
❑ Je perçois des prestation CAF/MSA, je fournis le document
❑ Je ne communique pas mon avis d'imposition (tarif maximum appliqué)
❑ 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 2025/2026,

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.