

### PERSONNES(S) A INSCRIRE

Nom ..... Prénom ..... Sexe  M  F  
 Nom ..... Prénom ..... Sexe  M  F

### COMPOSITION DU FOYER ACTUEL (information sur l'usager et son conjoint)

PERSONNE 1	PERSONNE 2
Nom d'usage : .....	Nom d'usage : .....
Nom de naissance : .....	Nom de naissance : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Né(e) le : ..... à .....	Né(e) le : ..... à .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....	Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Mail : .....	Mail : .....
Actuellement : <input type="checkbox"/> sans activité <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en formation/stage <input type="checkbox"/> en activité	Actuellement : <input type="checkbox"/> sans activité <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en formation/stage <input type="checkbox"/> en activité
Employeur : .....	Employeur : .....

Situation familiale :  Marié(e)  Vie commune  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

Nombre d'enfants à charge : .....

### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hormis le conjoint)

Nom et Prénom : ..... Téléphone : ..... Lien : .....

### RESSOURCES

Je ne perçois aucune prestation CAF/MSA  Je perçois des prestations CAF/MSA, je communique 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

### FACTURE DÉMATÉRIALISÉE

J'accepte de recevoir mes factures uniquement sur mon portail famille  Oui  Non

### DROIT A L'IMAGE

J'autorise la mairie de GAP à utiliser mon image (photographie, vidéo) pour la représentation de ses activités  Oui  Non

### Pour le PORTAGE DE REPAS A DOMICILE uniquement

Allergie alimentaire :  Oui  Non

### ENGAGEMENTS

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

autorise le responsable d'établissement à prendre les mesures d'urgence nécessaires à mon état de santé

autorise la Mairie de GAP à utiliser mon adresse mail dans le cadre de la diffusion d'informations,

atteste être/sera assuré en responsabilité civile pour l'année scolaire 2026/2027,

Numéro de contrat : ..... Compagnie d'assurance : .....

et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale).

certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portant sur cette page

Fait à ..... le .....

Signature de la personne 1

Signature de la personne 2