

NOM DE L'ENFANT **Prénom**.....

PHOTO

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

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

DISPOSITION PARTICULIÈRE:
 (ou changement en cours d'année)

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)

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

Allocataire Nom et prénom n° CAF MSA

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)

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 2026 / 2027,
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, 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