

**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](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