

PERSONNE(S) À INSCRIRE

NOM : PRÉNOM : SEXE : M F

NOM : PRÉNOM : SEXE : M F

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

Nom d'usage		
Nom de naissance		
Prénom		
Date / lieu de naissance/...../..... à/...../..... à
	CP [REDACTED]	CP [REDACTED]
Adresse complète Code postal / Ville		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Mail		
Actuellement	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> sans activité <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> en formation ou stage <input type="checkbox"/> étudiant	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> sans activité <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> en formation ou stage <input type="checkbox"/> étudiant
Si en activité, cochez une catégorie d'emploi, merci	<input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Chef d'entrep. <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Chef d'entrep. <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Libéral
Téléphone professionnel		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé	

NB D'ENFANT(S) À CHARGE

RÉGIME ALLOCATAIRE CAF MSA N° Nom allocataire :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (hormis le conjoint) Lien :

Nom : Prénom : Téléphone :

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

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 assuré en responsabilité civile pour l'année scolaire 2022 2023,
Numéro de contrat Compagnie d'assurance
- certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portant sur cette page
- et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale).

Fait à le Signature