

Crèches - Éducation - Accueils de Loisirs - Culture - Sports - Seniors

Dossier Crèche déposé le : / /

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

M. Mme **NOM d'usage** : **Prénom** :

NOM de jeune fille :

Né(e) le / / à

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile & portable : / Mail :

En activité professionnelle Formation / Stage Sans activité professionnelle

Profession : Employeur :

CP / Ville : Tél. professionnel :

CONJOINT(E)

M. Mme **NOM d'usage** : **Prénom** :

NOM de jeune fille :

Né(e) le / / à

Tél. portable : Mail :

En activité professionnelle Formation / Stage Sans activité professionnelle

Profession : Employeur :

CP / Ville : Tél. professionnel :

SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)* Séparé(e)*

* **Communiquer le jugement ou l'ordonnance de divorce ou de séparation. Si pas de jugement, une attestation sur l'honneur signée par les deux parents précisant les modalités de garde et financière.**

Nombre d'enfant(s) à charge :

RÉGIME ALLOCATAIRE

Nom et prénom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

Régime d'allocataire : CAF MSA Autres :

NOM : **Prénom :**

Né(e) le / / à Sexe : M F

Établissement scolaire : Classe :

EN CAS DE SÉPARATION : inscrire les coordonnées de l'autre parent de l'enfant :

M. Mme **NOM d'usage :** **Prénom :**

NOM de jeune fille :

Né(e) le / / à

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : Mail :

En activité professionnelle Formation / Stage Sans activité professionnelle

Profession : Employeur :

CP / Ville : Tél. professionnel :

PROCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I)

Un Projet d'Accueil Individualisé doit être établi pour accueillir en activités les enfants présentant des maladies chroniques (diabète, épilepsie, asthme, allergie...). Si votre enfant doit suivre un régime alimentaire, prendre régulièrement des médicaments, doit avoir un accompagnement particulier ou doit recevoir des gestes à faire en urgence, vous devez vous rapprocher du médecin référant de la structure et/ou du directeur de l'établissement accueillant votre enfant pour la mise en place d'un P.A.I.

Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant : Oui Non

IMPORTANT : Tant que le P.A.I n'est pas signé (s'il s'agit d'un premier dossier), l'enfant ne pourra pas être accueilli aux activités.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Asthme Oui Non Allergie médicamenteuse Oui Non Allergie alimentaire Oui Non

Votre enfant :

● Est-il en situation de handicap ? (fournir la ou les attestations) Oui Non

● Est-il suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui Non

● Est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'un établissement spécialisé ? Oui Non

Si oui, lequel ?

● Porte-t-il des lunettes, des lentilles de contact ou un appareil dentaire ? Oui Non

Si oui, lequel ?

PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER :

TYPE DE REPAS

Sans régime alimentaire Régime sans porc P.A.I (repas fourni par la famille)

CONTACTS

CONTACTS (Hormis les parents)		TÉLÉPHONES	TYPE	LIENS DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT
1	Nom : Prénom :	Domicile : Portable : Prof. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	
2	Nom : Prénom :	Domicile : Portable : Prof. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	
3	Nom : Prénom :	Domicile : Portable : Prof. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence	

AUTORISATIONS

Droit à l'image : J'autorise la Commune à utiliser l'image de mon enfant sous forme de photographies ou de vidéos prises par le personnel municipal dans le cadre d'activités périscolaires ou en centres de loisirs pour la présentation de ses activités, par la Commune (documentation ou presse municipale), ou par l'établissement (travaux, expositions, panneaux d'affichage) ainsi que sur le site internet de la Ville ou de l'établissement pour une durée ne pouvant excéder 1 an à compter de la rentrée scolaire : **Oui** **Non**

Mesures d'urgence : J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Transport : J'autorise le personnel à sortir et à effectuer un déplacement avec mon enfant dans un transport en commun ou dans un véhicule de service, ou pour la Crèche Familiale dans le véhicule personnel des Assistantes Maternelles.

Je soussigné(e),, certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à le

Signature de la mère

Signature du père

Signature du représentant légal

Mairie de GAP - Guichet Unique 3 rue colonel Roux 05000 - GAP

Tél. 04 92 53 24 23 Mail : guichet-unique@ville-gap.fr

Ouvert au public du lundi au vendredi de 8h30 à 12h & de 13h30 à 17h, le samedi de 8h30 à 12h

FICHE D'INSCRIPTION ADULTE

(Remplir 1 fiche par adulte)

NOM : **Prénom :**

Né(e) le / / à Sexe : M F

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Asthme : Oui Non Allergie médicamenteuse : Oui Non

Allergie alimentaire : Oui Non

PROBLÈME DE SANTÉ À SIGNALER :

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

NOM : **Prénom :**

Lien de parenté avec la personne inscrite :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. professionnel :

AUTORISATIONS

Droit à l'image : J'autorise la Commune à utiliser mon image sous forme de photographies ou de vidéos prises par le personnel municipal dans le cadre des activités pour la présentation de ses activités, par la Commune (documentation ou presse municipale), ou par l'établissement (travaux, expositions, panneaux d'affichage) ainsi que sur le site internet de la Ville ou de l'établissement pour une durée ne pouvant excéder 1 an à compter de la prochaine rentrée scolaire : Oui Non

Mesures d'urgence : Le personnel municipal est autorisé à prendre, les mesures rendues nécessaires par mon état de santé en cas d'urgence.

Je soussigné(e),, certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur ce document.

Fait à le

Signature