

NOM DE L'ENFANT ..... Prénom.....

SEXE  M  F NÉ(E) LE ..... / ..... / ..... à ..... CP

**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 .....

**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 ..... )

**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)

**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

**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 2023 / 2024,  
 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

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la mairie de GAP, en sa qualité de responsable de traitement, pour la gestion des inscriptions enfants. La base légale de ce traitement est l'exécution contractuelle. Vos données sont conservées pendant toute la durée légale, sauf indication contraire de votre part, sont destinées aux Directions de la Mairie et du CCAS, en fonction des inscriptions de l'enfant (école, centre de loisirs, etc). Conformément à la loi 78-17 "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime en contactant le délégué à la protection des données par mail : [dpo@ville-gap.fr](mailto:dpo@ville-gap.fr). Si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse <https://www.cnil.fr/plaintes>.