

ENFANT A INSCRIRE

NOM de l'enfant :

Prénom :

SEXE : M F

Né(e) le : à

FILIATION DE L'ENFANT

PARENT 1

Père Mère

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

Code Postal + Ville :

Téléphone :

Mail :

Actuellement :

sans activité retraité étudiant

en formation, stage en activité

Employeur + tél :

Si en activité, merci de cocher une catégorie d'emploi :

Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre

Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral

PARENT 2

Père Mère

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le : à

Adresse :

Code Postal + Ville :

Téléphone :

Mail :

Je ne connais pas les coordonnées du parent 2

Actuellement :

sans activité retraité étudiant

en formation, stage en activité

Employeur + tél :

Si en activité, merci de cocher une catégorie d'emploi :

Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre

Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral

(à ne remplir qu'en cas de séparation des parents) COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

CONJOINT du parent 1 ou du parent 2

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone : Mail :

Actuellement : en activité sans activité étudiant en formation, stage retraité

Employeur + tél :

Si en activité, merci de cocher une catégorie d'emploi : Agriculteur Artisan Chef d'entreprise Cadre

Commerçant Employé Fonctionnaire Libéral

SITUATION FAMILIALE ACTUELLE

👉 **Situation familiale** Marié(e) Vie commune Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

👉 **Nombre d'enfants à charge :**

RESSOURCES

Je perçois des prestations CAF/MSA, je communique le document

Je ne perçois aucune prestation CAF/MSA

👉 **Régime allocataire :** CAF MSA N°

Nom et Prénom de l'allocataire :

Je communique le ou les avis d'imposition de mon foyer actuel

Je ne communique pas mon avis d'imposition (tarif maximum appliqué)

FACTURE DÉMATÉRIALISÉE

J'accepte de recevoir mes factures uniquement sur mon portail famille

OUI NON

NOM de l'enfant : Prénom :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 :

Si vous avez coché "oui" à une question ci-dessus, un P.A.I* a t'il été mis en place pour votre enfant ?

Oui, préciser pourquoi allergie alimentaire asthme autre (précisez)

Non, prendre contact avec le Guichet Unique

*LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I) est un document écrit qui précise les besoins thérapeutiques et les adaptations nécessaires à apporter à la vie de l'enfant (crèche, école, centre de loisirs...) en établissement. Il est établi avec le chef d'établissement, le médecin, le service concerné et les parents.

Type de repas consommé : repas normal repas sans porc repas fourni par la famille (P.A.I)

CONTACTS DE L'ENFANT (personnes majeures, en dehors des représentants légaux)

Nom et Prénom : A contacter en cas d'urgence : Tél.....

Lien de parenté avec l'enfant : Autorisé(e) à récupérer l'enfant

Nom et Prénom : A contacter en cas d'urgence : Tél.....

Lien de parenté avec l'enfant : Autorisé(e) à récupérer l'enfant

Nom et Prénom : A contacter en cas d'urgence : Tél.....

Lien de parenté avec l'enfant : Autorisé(e) à récupérer l'enfant

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la mairie de GAP à utiliser mon image (photographie, vidéo) pour la représentation de ses activités uniquement pour affichage dans la structure concernée. Oui Non

ENGAGEMENTS

Je soussigné(e), (nom et prénom)

- autorise le responsable d'établissement à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires à l'état de santé de mon ou mes enfants,
- autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon ou mes enfants à pied, en transport en commun ou dans un véhicule de service,
- autorise la Mairie de GAP à utiliser mon adresse mail dans le cadre de la diffusion d'informations,
- atteste que mon ou mes enfants sont à jour de leurs vaccinations,
- atteste que mon ou mes enfants sont/seront assuré(s) en responsabilité civile pour l'année scolaire 2026/2027,

Numéro de contrat : Compagnie d'assurance :

avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement (disponibles sur le site internet de la ville, en mairie ou à demander par mail),

certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements,

et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale).

Fait à le

Signature du parent 1 (obligatoire)

Signature du parent 2 (obligatoire)

Signature du tuteur ou du représentant
de l'autorité parentale

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la communauté d'Agglomération Gap-Tallard-Durance, 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 et à l'Éducation nationale, 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. 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>.