

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ENFANT

NOM:.....PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE :...../...../.....  Fille  Garçon

ETABLISSEMENT SCOLAIRE:.....

école maternelle / Classe :.....  école élémentaire / Classe :.....

### SANTE

Votre enfant est-il en situation de Handicap :  OUI  NON

Bénéficiez-vous de l'allocation enfant handicapé  OUI

Hospitalisation en cas d'urgence :  OUI  NON

### Régime particulier :

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) certificat médical à l'appui (démarche à faire auprès de l'école)

Autre.....

### AUTORISATION

**Autorisation à partir seul :** Ecole :  OUI  NON Accueil de loisirs :  OUI  NON

**Autorisation photo :** J'autorise, sans contrepartie, la municipalité de Gerzat et l'équipe pédagogique à diffuser sur tous les supports, les photos de mon enfant qui pourraient être prises dans le cadre des activités des ALSH périscolaires et extrascolaires.

OUI  NON

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

### RESPONSABLE LEGAL 1- ALLOCATAIRE CAF

Père  Mère  Tuteur (trice)

Marié  Pacsé  Union libre  Divorcé  Séparé  Célibataire

Nom : .....

Prénom:.....

Conjoint(e) si différent du responsable légal 2 : Nom.....Prénom.....

ADRESSE : N°.....Rue.....Bat.....Appart.....

Code postal.....Commune.....

Tél. fixe :...../...../...../...../..... Tél. portable :...../...../...../...../..... Tél. professionnel :...../...../...../...../.....

E-mail : .....J'autorise l'envoi de courriel  OUI  NON

Profession : .....Nom de l'employeur : .....

### RESPONSABLE LEGAL 2

Père  Mère  Tuteur (trice)

Marié  Pacsé  Union libre  Divorcé  Séparé  Célibataire

Nom : .....

Prénom:.....

Conjoint(e) si différent du responsable légal 1 : Nom.....Prénom.....

ADRESSE : N°.....Rue.....Bat.....Appart.....

Code postal.....Commune.....

Tél. fixe :...../...../...../...../..... Tél. portable :...../...../...../...../..... Tél. professionnel :...../...../...../...../.....

E-mail : .....J'autorise l'envoi de courriel  OUI  NON

Profession : .....Nom de l'employeur : .....

## SITUATION FAMILIALE/PARENTS DIVORCES OU SEPARES

Une copie du jugement devra être fournie.

Garde alternée (un écrit est obligatoire) soit:

Préciser le rythme :.....  
.....

Joindre le calendrier de garde.

## COUVERTURE SOCIALE DU RESPONSABLE 1 OU DE L'ENFANT SUIVANT SITUATION FAMILIALE

Régime social :  CAF  MSA (Agricole)  AUTRE

N° allocataire :.....N° de sécurité sociale :.....

Nombre d'enfant(s) à charge :.....Nombre d'enfants scolarisé(s) :.....

## AUTORISATION PARENTALE

Personnes à contacter en priorité en cas d'urgence : (cocher la case qui correspond)

Père  Mère  Tuteur(trice)

Autres : (mettre le nom de la personne qui doit figurer sur la liste)

Personnes autorisées à récupérer l'enfant autres que les parents (les mineurs ne sont pas autorisés):

NOM	PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE	AUTORISATION	
				A RECUPERER L'ENFANT (cocher)	A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (cocher)

**Lors de la prise en charge de l'enfant une pièce d'identité sera demandée**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par les services de la ville de Gerzat pour la gestion des inscriptions aux prestations des différents accueils mis en place par la commune. Elles sont conservées pendant le temps de la scolarité de l'enfant. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant :