Ville de Gap
Capitale d'Ouc
Centre Communal d'Action Sociale

7, Place Jules Ferry - 05000 GAP

Tél : 04.92.53.25.25 - Fax : 04.92.53.57.42

Mail : accueil.clsh@ville-gap.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION EN CENTRES DE LOISIRS

Eté 2016
Année scolaire 2016 / 2017

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL

❑ **Père** ❑ **Mère**

Nom d'usage : ..... Prénom : ……

Nom de jeune fille : ……..……

Date et lieu de naissance : ...../...../..... à ..... **Sexe :** ❑ **M** ❑ **F**

Adresse :

.....

Code postal : ..... Ville : ..... Adresse mail : .....@.....

❑ Profession : ..... Employeur : ..... Adresse:.....

❑ Formation/stage : ..... ❑ Sans activité professionnelle

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....

Conjoint (e)

Nom d'usage : ..... Prénom : ……..

Nom de jeune fille : ……..……

Date et lieu de naissance : ...../...../..... à ..... **Sexe :** ❑ **M** ❑ **F**

Adresse :

.....

Code postal : ..... Ville : ..... Adresse mail : .....@.....

❑ Profession : ..... Employeur : ..... Adresse:.....

❑ Formation/stage : ..... ❑ Sans activité professionnelle

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....

SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

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

Si divorce ou séparation : ❑ autorité parentale conjointe ❑ autorité parentale de la mère ❑ autorité parentale du père

Nombre d'enfants à charge : ..... **Régime d'allocataire : ❑ CAF ❑ MSA ❑ Autres : .....**

Nom et prénom de l'allocataire : ..... Numéro d'allocataire : .....

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Date de réception des documents : ...../……../….. **Dossier complet : □ OUI □ NON**

Numéro identifiant famille : ..... **Date fixée pour le RDV : ...../...../..... à …… h ……..**

Le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 06 janvier 1978 (revue en 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives portées sur le formulaire peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant.

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT *(remplir une fiche par enfant)*

Nom : ..... **Prénom : .....**

Né(e) le ...../...../..... **à .....** **Sexe :** ❑ **M** ❑ **F**

Établissement scolaire : ..... **Classe : .....**

Si séparation, coordonnées **de l'autre parent** de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : le ...../...../..... à ..... Sexe : ❑ **F** ❑ **M**

Adresse :

.....

Code postal : ..... Ville : ..... Adresse mail : .....@.....

❑ Profession : ..... Employeur : ..... Adresse:.....

❑ Formation/stage : ..... ❑ Sans activité professionnelle

Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél professionnel : .....

PROTOCOLE ACCUEIL INDIVIDUALISE

Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) 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

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Votre enfant

- est en situation de handicap ? ❑ OUI ❑ NON si oui, fournir attestation(s)
- est suivi par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ❑ OUI ❑ NON
- est suivi dans le cadre d'une consultation ou d'un établissement spécialisé ? ❑ OUI ❑ NON si oui, lequel ? ..... …..
- porte des lunettes, des lentilles de contact, un appareil dentaire... ❑ OUI ❑ NON si oui, lequel ? .....

TYPE DE REPAS :

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

DIFFICULTÉS DE SANTÉ A SIGNALER ET PRÉCAUTIONS A PRENDRE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONTACTS (hormis les parents)

N°	CONTACT	TÉLÉPHONES	TYPE	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT
1	NOM : …… PRÉNOM : ……..	Portable : ..…/…../..…./..…./..… Fixe : ..…/…../..…./..…./..… . Prof : ..…/…../..…./..…./..….	❑ A contacter en cas d'urgence ❑ Autorisé à venir chercher les enfants	……
2	NOM : …… PRÉNOM : ……..	Portable : ..…/…../..…./..…./..… Fixe : ..…/…../..…./..…./..… . Prof : ..…/…../..…./..…./..….	❑ A contacter en cas d'urgence ❑ Autorisé à venir chercher les enfants	……
3	NOM : …… PRÉNOM : ……..	Portable : ..…/…../..…./..…./..… Fixe : ..…/…../..…./..…./..… . Prof : ..…/…../..…./..…./..….	❑ A contacter en cas d'urgence ❑ Autorisé à venir chercher les enfants	……

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 des activités des 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 ❑ OUI ❑ NON

« Droit au maquillage »

J'autorise le personnel municipal à maquiller mon enfant lors d'activités d'expression ❑ OUI ❑ NON

J'autorise mon enfant à participer à un atelier maquillage ❑ 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.

DOCUMENTS A JOINDRE A CE DOSSIER (photocopies obligatoires)

□ **AVIS D'IMPOSITION 2015 SUR REVENUS 2014 DU FOYER recto/verso** (et du conjoint actuel si séparation)

□ **JUSTIFICATIF DE DOMICILE** (de moins de 3 mois)

□ **ATTESTATION D'ASSURANCE EXTRA-SCOLAIRE EN COURS DE VALIDITÉ** (mentionnant le nom de l'enfant)

□ **2 PHOTOS D'IDENTITÉ PAR ENFANT** (préciser nom et prénom au dos)

□ **VACCINATIONS ET MALADIES INFANTILES** (copie du carnet de santé)

□ **COPIE DU BON D' AIDE AU TEMPS LIBRE** (si délivré par la CAF)

□ **JUGEMENT** (si séparation ou divorce)

□ **CERTIFICAT MÉDICAL** (si problème de santé)

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

Fait à ....., le ..... Signature

DEMANDE D'INSCRIPTIONS EN ACCUEILS DE LOISIRS

La Ville de Gap vous propose, selon l'âge de votre enfant, différentes structures d'accueil :

ÉTÉ 2016

POUR LES 3 / 6 ANS ❑ **CENTRE DE LOISIRS "LA CLÉ DES CHAMPS"** (enfant obligatoirement scolarisé)
- ❑ accueil semaine (5 jours obligatoires du lundi au vendredi)
- ❑ accueil souple (3 jours ou 6 demi-journées maximum par semaine)

POUR LES 6 / 12 ANS ❑ **CENTRE DE LOISIRS "CLAIRVILLE"**
- ❑ accueil souple (3 jours ou 6 demi-journées maximum par semaine)

❑ **CENTRE DE LOISIRS "LA CLAIRIERE"**
- ❑ accueil semaine (5 jours obligatoires du lundi au vendredi)

Pour la Clairière : Navette au choix (aller /retour) : Horaires des 4 accueils : entre 7h45 et 8h45 et entre 17h45 et 18h15 aux écoles de
❑ Porte-Colombe ❑ Bellevue ❑ Paul Emile Victor ❑ Fontreyne **OU** ❑ Centre de Loisirs Clairière (7h45/9h15 et 16h30/18h15)

MERCREDIS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017

POUR LES 3 / 6 ANS : ❑ **CENTRE DE LOISIRS "LA CLÉ DES CHAMPS"** (enfant obligatoirement scolarisé)

École fréquentée : ……. Repas midi sur le centre ❑ **oui** ❑ **non**

POUR LES 6 / 12 ANS : ❑ **CENTRE DE LOISIRS "LA CLAIRIERE"**

École fréquentée : ……. Repas midi sur le centre ❑ **oui** ❑ **non**

Pour la Clairière : Navette au choix (retour) : Horaires des 3 accueils : entre 17h45 et 18h15 aux écoles de
❑ Porte-Colombe ❑ Pépinière ❑ Centre maternel (pour les fratries) **OU** ❑ Centre de Loisirs Clairière (16h30/18h15)

PETITES VACANCES DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2016/2017

POUR LES 3 / 6 ANS : ❑ **CENTRE DE LOISIRS "LA CLÉ DES CHAMPS"** (enfant obligatoirement scolarisé)

- ❑ accueil journée ou demi-journée avec ou sans le repas

POUR LES 6 / 12 ANS : ❑ **CENTRE DE LOISIRS "LA CLAIRIERE"**

- ❑ accueil journée ou demi-journée avec ou sans le repas

Pour la Clairière : Navette au choix (aller et retour) : Horaires des 3 accueils : entre 7h45 et 8h45 et entre 17h45 et 18h15 aux écoles de
❑ Porte-Colombe ❑ Pépinière ❑ Centre maternel (pour les fratries) **OU** ❑ Centre de Loisirs Clairière (7h45/9h15 et 16h30/18h15)

MOYENS DE PAIEMENT ACCEPTES

Espèces / Chèque / Carte Bancaire / CESU (uniquement pour le centre maternel) / Chèques vacances / Bons CAF

RÉSERVATION DES DATES POUR L'ÉTÉ

Pour les familles domiciliées sur GAP, ROMETTE, LA FREISSINOUSE ET PELLEAUTIER
Inscription et paiement du séjour entre le lundi 23 mai et le vendredi 10 juin
(RDV fixé par le personnel du CCAS une fois le dossier administratif complet et saisi)

Pour les familles domiciliées en dehors de ces communes
Inscription et paiement du séjour entre le mardi 14 juin et le vendredi 17 juin
(sans RDV et en fonction des places disponibles)

A compter du lundi 20 juin et durant tout l'été, inscription tous les matins
de 8 h 30 à 11 h 00 (ainsi que le mercredi de 13 h 30 à 16 h 00)
(sans RDV et en fonction des places disponibles)

RÉSERVATION DES DATES POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2016 / 2017

Ce dossier administratif nous permet d'identifier vos besoins pour la rentrée scolaire **mais ne vaut pas inscription**.
Pour cela, il vous appartient de **nous faire parvenir durant l'été l'attestation d'assurance 2016 / 2017** de votre enfant.
Un mail ultérieur vous précisera les dates d'inscription aux activités.