

INSCRIPTION ÉCOLES

[inscription.scolaire@mairie-trelaze.fr](mailto:inscription.scolaire@mairie-trelaze.fr)

INSCRIPTION PÉRISCOLAIRE

[trelaze.alsh.inscription@leolagrangre.org](mailto:trelaze.alsh.inscription@leolagrangre.org)

Pièces à fournir :

Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Carnet de santé (pages des vaccins)

En cas de séparation ou divorce, fournir le jugement et/ou autorisation de l'autre parent à scolariser l'enfant sur TRELAZE avec copie de sa carte d'identité

Livret de famille (pages des parents et de l'enfant)

Attestation de QF de moins de 3 mois

| ÉLÈVE  |  |
|--|--|
| NOM :  | PRÉNOM :   |
| DATE DE NAISSANCE :  | LIEU DE NAISSANCE :  |
| ADRESSE :  |  |
| CODE POSTAL :  | VILLE :  |
| ÉCOLE DEMANDÉE :   | NIVEAU :   |
| NOM DU MÉDECIN TRAITANT :  |  |
| ALLERGIE(S) :  |  |
| PAI (si oui, fournir le document du médecin) :   |  |
| DIFFUSION DE PHOTOS ET FILMS PAR LA VILLE DE TRELAZE ET LÉO LAGRANGE ANIMATION<br>AUTORISÉES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |  |
| AUTORISATION POUR URGENCES MÉDICALES ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |  |
| PARTICIPATION TAP (temps d'activité périscolaire) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |  |
| AUTORISATION POUR SORTIE SEULE APS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |  |
| PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT : nom – prénom – qualité<br>-   |  |
| RESPONSABLE LÉGAL 1  |  |
| NOM :  | PRÉNOM :   |
| QUALITÉ (père, mère...) :  | AUTORITÉ PARENTALE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ADRESSE :  |  |
| CODE POSTAL :  | VILLE :  |
| TÉLÉPHONE :  | PORTABLE :   |
| ADRESSE MAIL :   |  |
| PROFESSION :   | EMPLOYEUR :  |
| COMMUNE DE TRAVAIL :   | TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :  |
| N° ALLOCATAIRE CAF/MSA :   | QUOTIENT FAMILIAL :  |
| RESPONSABLE LÉGAL 2  |  |
| NOM :  | PRÉNOM :   |
| QUALITÉ (père, mère...) :  | AUTORITÉ PARENTALE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ADRESSE :  |  |
| CODE POSTAL :  | VILLE :  |
| TÉLÉPHONE :  | PORTABLE :   |
| ADRESSE MAIL :   |  |
| PROFESSION :   | EMPLOYEUR :  |
| COMMUNE DE TRAVAIL :   | TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL :  |



| CONTACT POUR LES URGENCES 1 (autre que les représentants légaux) |                        |
|--|------------------------|
| NOM PRÉNOM :   | QUALITÉ :              |
| N° DE TÉLÉPHONE :  | COMMUNE DE RÉSIDENCE : |
| CONTACT POUR LES URGENCES 2 (autre que les représentants légaux) |                        |
| NOM PRÉNOM :   | QUALITÉ :              |
| N° DE TÉLÉPHONE :  | COMMUNE DE RÉSIDENCE : |

Les informations recueillies sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé par la Ville de Trélazé pour la gestion administrative des inscriptions scolaires et à la restauration scolaire. La base légale du traitement est le consentement de la personne concernée.

Elles sont conservées pendant toute la scolarité en école primaire des enfants de la famille plus deux ans et sont destinées à l'administration municipale.

La non-fourniture de ces données pourrait entraîner un non-traitement de votre demande.

Conformément au Règlement Européen sur la Protection des Données du 27 avril 2016 et à la Loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée, vous bénéficiez de droits sur vos données (accès, rectification, opposition, suppression...). Pour exercer vos droits ou pour toute question relative à ce traitement, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : [dpo@mairie-trelaze.fr](mailto:dpo@mairie-trelaze.fr) ou par courrier postal à l'adresse suivante :

Hôtel de Ville de Trélazé - Délégué à la Protection des Données - Place Olivier Thuau - BP 40027 - 49801 TRELAZE Cedex  
 Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle (CNIL).

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche de renseignements et accepte les termes des règlements intérieurs.

Fait à Trélazé, le

Signature