

**Rentrée scolaire 2024-2025**  
**Classe (préciser) : .....**

**Elève :**

Nom et prénoms de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

**Représentant légal 1** : Père  Mère  Autre

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

**Représentant légal 2** : Père  Mère  Autre

Nom :

Prénom :

Adresse (si ≠ de celle du représentant légal 1) :

Téléphone :

Courriel :

Les informations que nous collectons servent à recueillir les coordonnées des responsables légaux afin de pouvoir les joindre en cas de besoin et permettre aux services de la mairie de Felletin d'assurer la gestion administrative liée à la scolarité de votre enfant.

Ces données sont conservées pendant la scolarité de votre enfant et accessibles au personnel communal concerné.

Vous disposez d'un droit d'accès à ces données et pouvez demander leur modification à tout moment en contactant la mairie au 05.55.66.51.11 ou [accueil@felletin.fr](mailto:accueil@felletin.fr)

M ou Mme ....., signataire du présent document, reconnaît avoir l'autorisation de l'autre représentant légal pour effectuer les démarches d'inscription.

Felletin, le .....  
Signature :

**Documents à fournir lors de l'inscription :**

- Carnet de santé (vaccins obligatoires à jour)
- Livret de famille
- Certificat de radiation de l'ancienne école pour les enfants inscrits ultérieurement dans une autre école.

**Nom – Prénoms(s) de l'enfant :** ..... Sexe : M  F

Date de naissance : ..... Commune et département de naissance : .....

Classe (à la rentrée) : ..... Ecole : .....

**REPRESENTANT LEGAL 1**

Autorité parentale : Oui  Non

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Père – Mère – Autre, précisez : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ..... Tél portable : .....

Tel travail : ..... Nom de l'employeur : .....

**REPRESENTANT LEGAL 2**

Autorité parentale : Oui  Non

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Père – Mère – Autre, précisez : .....

Adresse : .....

Tel domicile : ..... Tél portable : .....

Tel travail : ..... Nom de l'employeur : .....

**SITUATION FAMILIALE**

Marié  Pacsé  Vie Maritale  Divorcé\*  Séparé\*  Célibataire  Veuf(ve)

\*En cas de séparation ou de divorce : l'enfant est-il en garde alternée ? Oui  Non

\*Fournir les justificatifs

- Préciser l'adresse d'habitation de l'enfant : .....

- Préciser le parent qui a la garde : .....

- Préciser le parent « payeur » de la cantine : .....

Conformément à la loi, « les parents, même séparés, sont supposés exercer conjointement l'autorité parentale, sauf mention contraire du signataire de la présente de demande, décisions judiciaires à l'appui. Lorsque l'un des deux parents ne fait pas partie du foyer où vit l'enfant, il garde des droits sur l'enfant. » En cas de droit de garde restreint, la restriction devra être exprimée et justifiée par la copie du jugement.

**RESPONSABLE A APPELER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS et/ou PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

**Personne 1** : Nom : ..... Prénom : ..... A appeler en cas d'urgence

Tel domicile : ..... Tél portable : ..... Autorisé à récupérer l'enfant

Lien avec l'enfant :  Grands-parents  Assistante maternelle  Frère ou Sœur  Autre, précisez : .....

**Personne 2** : Nom : ..... Prénom : ..... A appeler en cas d'urgence

Tel domicile : ..... Tél portable : ..... Autorisé à récupérer l'enfant

Lien avec l'enfant :  Grands-parents  Assistante maternelle  Frère ou Sœur  Autre, précisez : .....

- L'enfant a-t-il fait l'objet d'un protocole d'Accueil Individualisé pour l'année 2022/2023 ?  Oui  Non

**Un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est obligatoirement** mis en place pour un enfant atteint de maladie chronique, asthme, allergie ou intolérance alimentaire. Lors de l'inscription, les représentants légaux sont dans l'obligation d'informer des allergies et des différents problèmes de santé dont souffrent leur enfant.

**Ils engagent leur responsabilité lorsqu'ils ne les désignent pas.**

<b>Allergie ou intolérance alimentaire</b>	<b>Diabète</b>	<b>Asthme</b>	<b>Autres</b>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : ..... ..... .....	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : ..... ..... .....

- L'enfant souffre-t-il de maladie chronique ?  Oui  Non

Si oui, préciser laquelle ou lesquelles :

.....  
.....  
.....

**• Informations Santé : Médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Lieu du cabinet médical : .....Téléphone : .....

**AUTORISATIONS**

Je soussigné(e) Nom et prénom : .....

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements complétés et autorise l'équipe d'encadrants à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, petits soins, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Atteste avoir fourni les justificatifs demandés, certifiant être titulaire de l'autorité parentale nécessaire à l'établissement de la présente demande et effectuer a démarche en accord avec le parent non signataire (art. L372.2 du code civil).
- M'engage à prévenir le service scolaire de la mairie et l'école de tout changement éventuel (adresse, situation familiale, problème de santé, jours de fréquentation)

**Signature obligatoire du ou des responsables légaux accompagnée de la mention manuscrite**

**«Lu et approuvé »**

Date :

Signature représentant légal 1

Signature représentant légal 2

*Les informations que nous collectons servent à recueillir les coordonnées des responsables légaux afin de pouvoir les joindre en cas de besoin et permettre aux services de la mairie de Felletin d'assurer la gestion administrative liée à la scolarité de votre enfant.*

*Ces données sont conservées pendant l'année scolaire de votre enfant et accessible au personnel communal concerné. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès à ces données et pouvez demander leur modification à tout moment en contactant la mairie aux coordonnées précisées ci-dessus.*



# PHOTOGRAPHIE

Mairie de Felletin  
12 place Charles de Gaulle  
23500 FELLETTIN  
Tel. 05 55 66 51 11  
Fax 05 55 66 46 62  
contact@felletin.fr  
www.felletin.fr

## AUTORISATION DE DIFFUSION 2024/2025

### REPRÉSENTANT LEGAL de l'enfant

#### Je soussigné(e)

**Nom du représentant légal 1 :** .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville.....

Téléphone :...../...../...../...../.....

**Nom du représentant légal 2 :** .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville.....

Téléphone :...../...../...../...../.....

#### **Cochez l'option choisie :**

**Autorise la prise de photo de mon enfant dans le cadre scolaire**

**N'autorise pas la prise de photo de mon enfant dans le cadre scolaire**

#### **NOM DE L'ENFANT**

**Nom :**

**Prénom :**

**Classe :**

### PHOTOGRAPHE : Mairie

Nom : **Mairie de Felletin**

Adresse : **12, place Charles de Gaulle**

Code Postal : **23500** Ville : **FELLETTIN**

Coordonnées : **05 55 66 51 11 /contact@felletin.fr**

### Prise de vue

■ photographies et/ou vidéos de l'enfant (prises de vues collectives et/ou individuelles dans le cadre des activités scolaires et/ou périscolaires)

### Diffusion

J'autorise la reproduction, l'utilisation, la transmission à un média, l'enregistrement dans une base de données photos « écoles » de la mairie, des photographies et/ou vidéos prises dans le cadre de la présente convention. Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement par le service communication de la mairie, sans limitation de durée, sous toutes formes et tous supports connus à ce jour notamment :

- Presse Ecrite
- Site internet municipal ([www.felletin.fr](http://www.felletin.fr)), Page facebook de la commune (Felletin, Dis Fuse)
- Bulletin Municipal
- Tous supports de communication municipaux

### Conditions

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à l'image de l'enfant. Cette autorisation est valable pendant l'année scolaire en cours, renouvelable par tacite reconduction et reste valable en cas de changement d'état civil. Elle peut être annulée à tout moment par lettre recommandée avec accusé de réception. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés. Les données enregistrées dans ce formulaire sont conservées par le service communication et accessible au seul service. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès à ces données et pouvez demander leur effacement en contactant la mairie aux coordonnées précisées ci-dessus.

**Le signataire reconnaît avoir l'autorisation de l'autre représentant légal de l'enfant mentionné ci-dessus.**

**Signature du/des représentant(s) légal/légaux, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :**

**Signature (s) :**