

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Fiche d'inscription pour le Service d'éducation et d'accueil Lintgen

À remettre jusqu'au 31.05.2024

Année scolaire 2024-2025

I. Enfant

NOM											
Prénom											
Matricule	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>										
Adresse	L-	Lieu									
	Rue N°										
Langues parlées											
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>								
Mode d'inscription SEA	Régulier <input type="checkbox"/>		Irrégulier <input type="checkbox"/>								

CYCLE FRÉQUENTÉ EN 2023-2024

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Nom du Titulaire actuel :	Précoce <input type="checkbox"/>	2.1 <input type="checkbox"/>	3.1 <input type="checkbox"/>	4.1 <input type="checkbox"/>
	Précolaire : 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/>	2.2 <input type="checkbox"/>	3.2 <input type="checkbox"/>	4.2 <input type="checkbox"/>

RESTAURATION*

Allergies ou intolérances alimentaires sans risque de choc anaphylactique doivent être certifiées par votre médecin traitant.

Aliments à exclure :

Régimes alimentaires (pas de porc, végétarien, ...): merci de nous indiquer les aliments que votre enfant ne **doit** pas manger. Nous respecterons vos indications dans la mesure du possible.

Aliments à exclure :

* Informations fournies de manière facultative par les représentants légaux

INFORMATIONS MÉDICALES

	Oui	Non
Maladie (besoins de santé spécifiques) Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme, affection cardiaque, etc.)		
Allergies pouvant entraîner un risque de choc anaphylactique ?		
Si oui , merci de faire remplir le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) par votre médecin traitant et de joindre le Plan d'Action d'Urgence correspondant.		

Produits de soin Dans le cadre des soins quotidiens, j'autorise/nous autorisons le personnel éducatif à utiliser les produits énumérés sous la rubrique « Maladie » : « Soins quotidiens » du règlement d'ordre interne. Accord oui <input type="checkbox"/> Accord non <input type="checkbox"/>

II. Représentants légaux

	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre ¹ : _____	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre ² : _____
Nom		
Prénom		
Adresse	Identique à l'adresse de l'enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Identique à l'adresse de l'enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si : «Non»	L- Lieu	L- Lieu
	Rue N°	Rue N°
Matricule	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Langues parlées		
Activité professionnelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

¹ Si mère/père n'est pas le représentant légal, alors preuve requise du jugement/ référé

² Si mère/père n'est pas le représentant légal, alors preuve requise du jugement/ référé

Heures semaine	par	
Employeur (prière de joindre le certificat de l'employeur)		
E-mail		
Tél. Privé*		
GSM*		
Tél. Travail*		

* Veuillez marquer le numéro via lequel nous pouvons vous joindre à tout moment de la journée.

Débiteur chèque service (Personne indiquée sur la facture)
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
Date du contrat d'adhésion CSA au ___/___/_____ (optionnel)
Remarque : Veuillez penser à renouveler votre carte 2 à 3 semaines avant expiration !

Nom et téléphone de contact en cas d'urgence (personnes pouvant être contactées en cas d'urgence lorsque <u>les représentants légaux ne sont pas joignables</u> ;elles peuvent récupérer l'enfant à condition d'y être autorisées)			Cocher si personne autorisée à récupérer l'enfant*
Nom 1		Lien avec l'enfant : (grands-parents, voisins..)	<input type="checkbox"/>
Téléphone			
Nom 2		Lien avec l'enfant : (grands-parents, voisins..)	<input type="checkbox"/>
Téléphone			
Nom 3		Lien avec l'enfant : (grands-parents, voisins..)	<input type="checkbox"/>
Téléphone			

***Veuillez noter que vous devez remettre une « autorisation parentale pour tierces personnes » pour toute personne qui n'est pas tuteur légal de l'enfant et qui vous autorisez à récupérer votre enfant. (cf. Annexe 4)**

▪ **Modalités et signatures**

Le délai de dépôt pour la fiche d'inscription est fixé au 31.05.2024. Une confirmation d'inscription vous parviendra par mail avant le 15 juillet 2024.

Tous les enfants désirant fréquenter le Service d'éducation et d'accueil à partir du 16 septembre 2024 doivent être inscrits moyennant cette fiche d'inscription. La fiche d'inscription doit porter obligatoirement la signature des personnes investies du droit d'éducation. Le dossier d'inscription **soigneusement rempli et complet** est à remettre en version papier dans une des deux boîtes aux lettres de la Maison Relais. (Ne pas envoyer de PDF svp)

La fiche d'inscription doit porter obligatoirement la signature des deux représentants légaux.

Les pièces suivantes sont à joindre obligatoirement au dossier d'inscription :

- **Certificats de travail** récents des personnes investies du droit d'éducation attestant que vous occupez un emploi salarié et indiquant les heures de travail. Seulement les certificats avec logo et cachet de l'entreprise seront acceptés
- **Copie du contrat Chèque Service**
- **Copie de la carte de sécurité sociale** de l'enfant.
- Le cas échéant, un **certificat médical récent** attestant les allergies et/ou les intolérances.
Uniquement nécessaire en cas d'allergies/intolérances alimentaires déjà détectées !
- Le cas échéant, une fiche avec les antécédents médicaux (problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, etc.) **PAI (Projet d'accueil individualisé) à remplir par le médecin traitant et le Plan d'Action d'Urgence**
- **Ordre de domiciliation** dûment rempli et signé, pour les nouveaux inscrits ou si vos coordonnées bancaires ont changé. **(un document par enfant)** (Annexe 8)
- **Copie de la carte de vaccination** de l'enfant. Les représentants légaux sont responsables que la copie de la carte de vaccination soit à jour. La Croix-Rouge luxembourgeoise ne fait pas de contrôle des vaccins. La collecte de cette donnée est ordonnée par la Division de l'inspection sanitaire du Ministère de la santé.
- **Autorisation** pour la prise et/ou la publication d'images (Annexe 12) (Uniquement si pas déjà remis l'année précédente)
- **Fiche régulière** (Annexe 1) ou **fiche irrégulière** (Annexe 2) **Merci de ne pas cocher des plages d'horaires qui ne seront pas utilisées par la suite**
- Le cas échéant, une **copie du jugement/référé de droit d'éducation**.
- Le cas échéant, une attestation d'une inscription **récente** à l'ADEM

Les demandes incomplètes ou comportant des informations erronées ne seront pas prises en compte et peuvent donner lieu à une exclusion de l'enfant. Les personnes investies du droit d'éducation s'engagent à communiquer **chaque changement** dans les meilleurs délais, ce qui permettra de mettre à jour le dossier de l'enfant.

Traitement de vos données :

Je reconnais/Nous reconnaissons avoir reçu et lu :

1. le règlement d'ordre interne du Service d'éducation et d'accueil
2. la notice d'information spécifique au traitement de données personnelles sous forme d'images (photographies ou vidéos) captées par la Croix-Rouge luxembourgeoise (Annexe 10).
3. La notice générale de protection des données personnelles –Services d'éducation et d'accueil de la Croix-Rouge luxembourgeoise (annexe 11).

annexés à la présente fiche d'inscription et les **accepte expressément.**

J'atteste/nous attestons que les informations transmises dans la présente fiche d'inscription sont complètes, véridiques et conformes à la législation.

Je consens/ nous consentons expressément et explicitement à ce que les données de santé de l'enfant renseignées ci-dessus soient traitées par le Service d'éducation et d'accueil de Lintgen .

Lieu et Date : _____, le ____ / ____ / _____

Signature des personnes investies du droit d'éducation:

(Nom et prénom de la mère, représentant légal)

Signature

(Nom et prénom du père, représentant légal)

Signature