

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Fiche d'inscription pour le Service d'éducation et d'accueil « Sauerschlass » Ierpeldeng  
Année scolaire 2024-2025**

**I. Enfant**

|                                  |  |                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>NOM</b>                       |  |                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Prénom</b>                    |  |                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Matricule</b>                 | <table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table> |                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adresse</b>                   | L-   | Lieu                             |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  | Rue  |                                  | N°                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Langues parlées</b>           |  |                                  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Sexe</b>                      | Masculin <input type="checkbox"/>  | Féminin <input type="checkbox"/> | Autre <input type="checkbox"/>      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Mode d'inscription au SEA</b> | Régulier <input type="checkbox"/>  |                                  | Irrégulier <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CYCLE FRÉQUENTÉ ACTUELLEMENT**

| Niveau de classe  | Cycle 1  | Cycle 2                      | Cycle 3                      | Cycle 4                      |
|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Classe fréquentée actuellement</b> (prière de rien cocher pour les enfants non-scolarisés) | Précoce <input type="checkbox"/>   | 2.1 <input type="checkbox"/> | 3.1 <input type="checkbox"/> | 4.1 <input type="checkbox"/> |
|   | Préscolaire :<br>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\***

|   |
|---|
| <b>Allergies ou intolérances alimentaires sans risque de choc anaphylactique</b> doivent être certifiées par votre médecin traitant.  |
| Aliments à exclure :  |
| <b>Régimes alimentaires</b> (pas de porc, végétarien, ...): merci de nous indiquer les aliments que votre enfant ne <b>doit</b> pas manger. Nous respecterons vos indications <u>dans la mesure du possible</u> . |
| Case à cocher – menu proposé par CR-Services  |

\* Informations fournies de manière facultative par les représentants légaux

### INFORMATIONS MÉDICALES

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

- Oui  
 Non

### II. Représentants légaux

|                                 | Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre <sup>1</sup> : _____   | Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre <sup>2</sup> : _____               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nom</b>                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Prénom</b>                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adresse</b>                  | Identique à l'adresse de l'enfant :<br><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>   | Identique à l'adresse de l'enfant :<br><br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Si : «Non»</b>               | L- _____ Lieu _____  | L- _____ Lieu _____  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | Rue _____ N° _____   | Rue _____ N° _____   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Matricule</b>                | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Langues parlées</b>          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Activité professionnelle</b> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Heures par semaine</b>       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Employeur</b> (prière de joindre le certificat de l'employeur) |  |  |
| <b>E-mail</b>   |  |  |
| <b>Tél. Privé*</b>  |  |  |
| <b>GSM*</b>   |  |  |
| <b>Tél. Travail*</b>  |  |  |

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

### III. Autorisation tierce personne

| Autoriser une troisième personne à venir récupérer votre enfant au Service d'éducation et d'accueil* |  |                                      |   |
|--|--|--------------------------------------|---|
| Nom et prénom  |  | Personne de contact en cas d'urgence | Lien avec l'enfant (p.ex. : grands-parents, voisins, ...) |
| <b>Nom 1</b>   |  | <input type="checkbox"/>             |   |
| <b>Tel.:</b>   |  |                                      |   |
| <b>Nom 2</b>   |  | <input type="checkbox"/>             |   |
| <b>Tel.:</b>   |  |                                      |   |
| <b>Nom 3</b>   |  | <input type="checkbox"/>             |   |
| <b>Tel.:</b>   |  |                                      |   |
| <b>Nom 4</b>   |  | <input type="checkbox"/>             |   |
| <b>Tel.:</b>   |  |                                      |   |

**Il faudra également remplir l'annexe 4 Autorisation parentale pour tierces personnes 2024-2025.**

#### ▪ Modalités et signatures

Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au **16 mai 2024**. Une confirmation d'inscription vous parviendra au plus tard au **mois de juillet 2024**. Une inscription après le **16 mai 2024** sera **seulement considérée au cas où, la capacité maximale n'est pas encore atteinte et en fonction des priorités d'admission** énumérées dans le règlement d'ordre interne.

Tous les enfants désirant fréquenter le Service d'éducation et d'accueil à partir du 15 septembre 2024 doivent être inscrits moyennant cette fiche d'inscription ou de la lettre de renouvellement. La fiche d'inscription doit porter obligatoirement la signature des représentants légaux. Le dossier d'inscription est à **remettre en mains propres aux personnel éducatif !**

**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 hebdomadaires ou attestation d'une inscription à l'ADEM.
- **Copie de la carte de sécurité sociale** de l'enfant.
- Le cas échéant un **certificat médical récent** attestant les allergies et/ou les intolérances.
- Pour les enfants à besoins de santé spécifiques le **Projet d'accueil individualisé** 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.
- **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.
- Le cas échéant **copie du jugement/référé de droit d'éducation**.
- Annexe 1 ou 2 : **Fiche de présence**
- Annexe 12: **Autorisation pour la prise et/ou la publication d'images** (photographies ou vidéos) pour enfants mineurs ayant moins de 13 ans

**Veillez compléter :**

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 11).
3. La notice générale de protection des données personnelles – Services d'éducation et d'accueil de la Croix-Rouge luxembourgeoise (annexe 10).

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 « Sauerschlass » Ierpeldeng.

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 tuteurs légaux s'engagent à communiquer chaque changement dans les meilleurs délais, ce qui permettra de mettre à jour le dossier de l'enfant.

Lieu et Date : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature des représentants légaux:**

\_\_\_\_\_  
(père, mère, représentant légal)

\_\_\_\_\_  
(père, mère, représentant légal)

**Le dossier d'inscription est à remettre en mains propres aux personnels éducatif jusqu'au 16 mai 2024.**