

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

- Produit désinfectant Cedium pour désinfecter les plaies
- Crème/Stick à l'arnica contre les coups et hématomes
- Calmiderm Crème/gel en cas de piqûres d'insectes et coups de soleil
- Crème solaire
- Crème protectrice et réparatrice (peau rouge) sans médicaments
- Flamigel Crème/gel anti-brûlure
- Lingettes humides

Oui

Non

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 :		Identique à l'adresse de l'enfant :	
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si : «Non»	L-	Lieu	L-	lieu
	Rue & N°		Rue & N°	
Matricule				

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

Langues parlées				
Activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Heures par semaine				
Employeur (prière de joindre un certificat)				
Congé parental (prière de joindre un certificat)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
E-mail veuillez compléter en écriture imprimé/Druckschrift				
Tél. privé*				
GSM*				
Tél. travail*				

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

III. Autorisation tierce personne

Autoriser une tierce personne à venir récupérer votre enfant au SEA		
Personne 1	Nom & Prénom :	Relation avec l'enfant:
N°Téléphone	Tél 1 :	Tél 2 :
Personne 2	Nom & Prénom :	Relation avec l'enfant:
N°Téléphone	Tél 1 :	Tél 2 :
Personne 3	Nom & Prénom :	Relation avec l'enfant:
N°Téléphone	Tél 1 :	Tél 2 :

Veuillez noter que vous devez remettre une « **autorisation parentale pour tierces personnes** » (annexe 4).

Modalités et signatures

- Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au 30/04/2025.
- Le dossier d'inscription est à renvoyer à l'adresse e mail suivante : relais.reckange@croix-rouge.lu (ou de le remettre directement à la maison relais).

Une inscription après cette date sera seulement considérée au cas où, la capacité maximale n'est pas encore atteinte. Tous les enfants désirant fréquenter le Service d'éducation et d'accueil à partir du 01/09/25 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.

- Pour la remise des fiches du Précoce et du Cycle 1.1 (et toute autre nouvelle inscription) nous vous proposons de passer personnellement au SEAS :

- *jeudi le 03 avril 2025 entre 14h00 et 20h00, sur rendez-vous ou*
- *vendredi le 25 avril 2025 entre 8h00 et 11h00, sur rendez-vous*

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

- **Certificats de travail** 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.
- **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.
- **Ordre de domiciliation** dûment rempli et signé.
- **Annexe 1: Fiche de présence régulière**
- **Annexe 8:** Autorisation pour la **prise et/ ou la publication d'images** pour enfants mineurs ayant moins de 13 ans.
- Le cas échéant un **certificat médical** 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.**
- Le cas échéant une **copie du jugement/référé de droit d'éducation.**
- Le cas échéant un **certificat de congé parental.**

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 9).
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 de Reckange-sur-Mess.

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 de données dans les meilleurs délais, ce qui permettra de mettre à jour le dossier de l'enfant.

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

Signature(s) : _____