

Date de la demande : ____ / ____ / ____

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

À remettre impérativement jusqu'au VENDREDI 15.05.2020

Année scolaire 2020/2021

I. Enfant

NOM							
Prénom							
Matricule	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></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 DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Classe fréquentée pendant l'année scolaire <u>2019/2020</u>	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.

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	<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>																				
Langues parlées																																										
Activité professionnelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																																								
Heures par semaine																																										
Employeur (prière de joindre le																																										

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

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
Matricule débiteur : _____/_____/_____/_____
Date du contrat d'adhésion CSA au ____/____/_____
Remarque _____

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

***Veuillez noter que vous devez remettre une « autorisation parentale pour tierces personnes. » (+ copie de la carte d'identité) pour toute personne qui n'est pas tuteur légal de l'enfant et qui vous autorisez à récupérer votre enfant (cf. annexe 3).**

▪ **Modalités et signatures**

Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au **15.05.2020**. Une confirmation d'inscription vous parviendra après le 15.07.2020. Une inscription après le 15.05.2020 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 15 septembre 2020 doivent être inscrits moyennant cette fiche d'inscription ou de la lettre de renouvellement. La fiche d'inscription et la lettre de renouvellement doivent porter obligatoirement la signature d'un tuteur légal. Le dossier d'inscription est à renvoyer à *remettre au Service d'éducation et d'accueil Dippach*.

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** 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 d'identité** des personnes investies du droit d'éducation ainsi que de toute personne autorisée à venir chercher l'enfant.
- **Copie de la carte de sécurité sociale** de l'enfant.
- 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**.
- **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**.

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.

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 9).

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 Dippach.

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

Signature des représentants légaux:
