

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Fiche d'inscription pour le Service d'éducation et d'accueil « Bierdener Butzen »

I. Enfant

NOM																							
Prénom																							
Matricule	<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><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>																						
Adresse	L-	Lieu																					
	Rue		N°																				
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"/>																				

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, etc.) 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, nous autorisons le personnel éducatif à utiliser les produits énumérés ci-dessous :

	Oui	Non* merci d'indiquer le produit alternative et de l'emporter au SEA
Cedium en spray pour désinfecter		
Arnica en crème contre les coups et hématomes (Weleda)		
Calmiderm en gel en cas de piqûres d'insectes et coups de soleil		
Flamigel contre les brûlures superficielles et les plaies mineures		
Eosine pour assécher la peau en cas d'irritation ou d'érythème fessier		
Mouskito Green Spray comme répulsif anti-insectes		
Crème solaire pour protéger la peau du soleil (La Roche Posay indice 30+)		
Crème pour protéger du froid et du vent (Weleda)		
Crème protectrice et réparatrice (peau rouge) sans médicaments (Weleda et/ou La Roche Posay Cicaplast Baume B5)		
Crème/lait visage et corps (Weleda)		
Crème lavante corps et cheveux (Weleda)		
Huile de massage (Weleda)		

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 :	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		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"/>	
Heures par semaine				
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.

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

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, ...)
Nom 1		<input type="checkbox"/>	
Tel.:			
Nom 2		<input type="checkbox"/>	
Tel.:			
Nom 3		<input type="checkbox"/>	
Tel.:			
Nom 4		<input type="checkbox"/>	
Tel.:			

* Veuillez noter que vous devez remettre une copie de la carte d'identité pour toute personne qui n'est pas représentant légal de l'enfant et que vous autorisez à récupérer votre enfant.

IV. Modalités et signatures

Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au 7 juillet 2023. Une confirmation d'inscription vous parviendra dans les meilleurs délais. Une inscription remise après le 7 juillet 2023 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 16 septembre 2023 doivent être inscrits moyennant cette fiche d'inscription ou la fiche de renouvellement de l'inscription. La fiche d'inscription doit porter obligatoirement la signature des représentants légaux. Le dossier d'inscription est à remettre en mains propres.

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

- Certificats de travail récents** des représentants légaux attestant qu'ils occupent un emploi salarié et indiquant les heures de travail hebdomadaires ou une **attestation** d'une inscription à l'ADEM.
- Copie de la carte d'identité** des représentants légaux ainsi que de toute personne autorisée à venir chercher l'enfant.
- Copie de la carte de sécurité sociale** de l'enfant.
- Copie de la carte de vaccination** de l'enfant. Les représentants légaux veillent à ce que la copie de la carte de vaccination disponible à la crèche soit toujours 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 6).
- Fiche de présence régulière en période scolaire (annuelle)** (annexe 1).
- Autorisation pour la prise et/ou publication d'images (photographies ou vidéos)** (annexe 10).
- Le cas échéant un **certificat médical récent** attestant les allergies et/ou les intolérances.
- Le cas échéant le **Projet d'accueil individualisé (PAI)** et le **Plan d'Action d'Urgence** pour les enfants à besoins de santé spécifiques.
- Le cas échéant une **copie du jugement/référé de droit d'éducation**.

Veillez cocher :

- Je reconnais/nous reconnaissons avoir reçu et lu:
1. Le règlement d'ordre interne (année scolaire 2023/2024) du Service d'éducation et d'accueil « Bierdener Butzen ».
 2. La notice générale de protection des données personnelles –services d'éducation et d'accueil de la Croix-Rouge luxembourgeoise (annexe 8).
 3. La notice d'information spécifique au traitement de données personnelles sous forme d'images (photographies ou vidéos) captées par le Service d'éducation et d'accueil « Bierdener Butzen » de la Croix-Rouge luxembourgeoise (annexe 9).
- annexés à la présente fiche d'inscription et les accepte/acceptons 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 « Bierdener Butzen ».

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 représentants 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:

(mère, père, représentant légal)

(mère, père, représentant légal)

Le délai de dépôt est le 7 juillet 2023.