

Date de la demande : ____ / ____ / 2024

**Fiche d'inscription pour le Service d'éducation et d'accueil « Bei de Kueben »
Année scolaire 2024-25**

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 septembre 2024

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Cycle fréquenté en septembre 2024	Précoce <input type="checkbox"/>	2.1 <input type="checkbox"/>	3.1 <input type="checkbox"/>	4.1 <input type="checkbox"/>
	Préscolaire : 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.

* 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.		

<p>Produits de soin</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

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"> <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"> <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																																										

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

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.

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 toute personne qui n'est pas tuteur légal de l'enfant et que vous autorisez à récupérer votre enfant doit pouvoir s'identifier avec sa carte d'identité .**

▪ Modalités et signatures

Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au 3 mai 2024. Une confirmation d'inscription vous parviendra fin juillet 2024. Une inscription après le 3 mai 2024 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 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 personnes présentes, lors de la période de la phase d'inscription du 22 avril au 3 mai 2024 sur RDV. Pour les parents des enfants de la crèche Kuebenascht à partir du 4 juin 2024 lors des rdv fixés avec eux pendant les « mardis d'adaptation » à la maison relais.**

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: **Fiche de présence**
- Autorisation pour la prise et/ou la publication d'images (photographies ou vidéos) pour enfants mineurs ayant moins de 13 ans (**annexe 7**)

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 générale de protection des données personnelles –Services d'éducation et d'accueil de la Croix-Rouge luxembourgeoise (point V du ROI).
 3. la notice d'information spécifique au traitement de données personnelles sous forme d'images (photographies ou vidéos) captées par la Croix-Rouge luxembourgeoise (point VI du ROI) .
- 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 « Bei de Kueben ».

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 personnes présentes, lors de la période de la phase d'inscription du 22 avril au 3 mai 2024 sur RDV.