

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

Fiche d'inscription pour le Service d'éducation et d'accueil « Sauerschlass Ierpeldeng »

Année scolaire 2025-2026

I. **Enfant**

<b>NOM</b>							
<b>Prénom</b>							
<b>Matricule</b>	<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>						
<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 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>	Précoce <input type="checkbox"/>  Préscolaire : 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/>	2.1 <input type="checkbox"/>  2.2 <input type="checkbox"/>	3.1 <input type="checkbox"/>  3.2 <input type="checkbox"/>	4.1 <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 MÉDICALES

	Oui	Non
<b>Maladie</b> (besoins de santé spécifiques) Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme, affection cardiaque, etc.)		
<b>Allergies</b> pouvant entraîner un <b>risque de choc anaphylactique</b> ?		
<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

- 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 <sup>1</sup> : _____	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre <sup>2</sup> : _____																																								
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></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><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 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.

<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

### 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.:			

#### ▪ Modalités et signatures

Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au 30 avril 2025. Une confirmation d'inscription vous parviendra par courrier. Une inscription après le 30 avril 2025 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 2025 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 directement au Service d'éducation et d'accueil « Sauerschlass Ierpeldeng » en main propre.*

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

- **Certificats de travail** récents des personnes investies de l'autorité parentale 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

**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 10 ).
3. La notice générale de protection des données personnelles –Services d'éducation et d'accueil de la Croix-Rouge luxembourgeoise (annexe 8 ).

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)