

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Contrat d'inscription au Service d'éducation et d'accueil de Vianden

À remettre impérativement jusqu'au 15 mai 2026

Année scolaire 2026-2027

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> </tr> </table>													
Adresse	L-	Lieu												
	Rue	N°												
Langues parlées														
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>											

Modalités d'inscription

Type d'inscription	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	Vacance <input type="checkbox"/>
---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

CYCLE FRÉQUENTÉ pendant l'année scolaire 2026/2027

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Classe fréquentée actuellement	Précoce <input type="checkbox"/>	2.1 <input type="checkbox"/>	3.1 <input type="checkbox"/>	4.1 <input type="checkbox"/>
	Précolaire :	2.2 <input type="checkbox"/>	3.2 <input type="checkbox"/>	4.2 <input type="checkbox"/>
	1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/>			

RESTAURATION*

Allergies ou intolérances alimentaires sans risque de choc anaphylactique doivent être certifiées par votre médecin traitant. (avec risque de choc anaphylactique voir sous "informations médicales" ci dessous)

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- laquelle	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.		

Dans le cadre des soins quotidiens, nous autorisons le personnel éducatif à utiliser les produits énumérés ci-dessous :

Les produits premiers secours :

Cedium en spray pour désinfecter
Arnica en crème ou stick contre les coups et hématomes
Calmiderm en gel en cas de piqûres d'insectes et coups de soleil
Flamigel contre les brûlures superficielles et les plaies mineures

Les produits de soins quotidiens :

Gel Lavant pour corps
Crème protectrice et réparatrice pour le change
Lingettes humides

Les produits de soins occasionnels :

Crème solaire pour protéger la peau du soleil

Quand il s'agit d'une allergie ou une intolérance et/ou vous n'est pas d'accord d'utiliser les produits de soins ci-dessus, nous vous prions de porter des alternatives avec les informations suivantes :

- Les produits premiers secours ne sont administrés qu'avec l'accord écrit des représentants légaux (voir annexe 6) et en présence d'une ordonnance médicale valide.
- Les produits de soins quotidiens et occasionnels ne sont administrés qu'avec l'accord écrit des représentants légaux (voir annexe 6 A)

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><td> </td></tr></table>																					
Langues parlées																																											
Activité professionnelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> heures/semaine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> heures/semaine																																									
Heures par semaine																																											
	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre ³ : _____	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autre ⁴ : _____																																									
Employeur (prière de joindre le certificat de l'employeur)																																											
E-mail																																											
Tél. Privé*																																											
GSM*																																											
Tél. Travail*																																											

Veillez 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.:			

▪ **Modalités et signatures**

Le contrat d'inscription doit porter obligatoirement la signature des deux représentants légaux ainsi que toutes les pièces justificatives demandées. Les demandes d'inscription incomplètes ne sont prises en compte qu'à partir du moment où le dossier est complet. L'inscription effective ne peut être accordé que si les critères d'admission sont respectés et en fonction de la capacité maximale.

Une confirmation d'inscription vous parviendra par courrier.

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

- **Certificats de travail** datant de moins de 3 mois des représentants légaux 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**.
- **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 l'autorité parentale**.
- Annexe 1 : Fiche de présence régulière
- Annexe 3 : Autorisation pour la prise et/ou la publication d'images (photographies ou vidéos) pour enfants mineurs ayant moins de 13 ans
- Annexe 4 : Ordre de domiciliation dûment rempli et signé accompagnée d'un RIB, pour les nouveaux inscrits ou si vos coordonnées bancaires ont changé.

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.
3. La notice générale de protection des données personnelles –Services d'éducation et d'accueil de la Croix-Rouge luxembourgeoise.

annexés au présent contrat d'inscription et les accepte expressément.

J'atteste/nous attestons que les informations transmises dans le présent contrat 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 Vianden.

Les demandes incomplètes ou comportant des informations erronées ne seront pas prises en compte. 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 *:

(père, mère, représentant légal)

(père, mère, représentant légal)

*La fiche d'inscription doit porter obligatoirement la signature des deux représentants légaux.

Pour la Croix-Rouge luxembourgeoise

Signature du responsable SEAS

Esser Andrée