

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

**Contrat d'inscription au Service d'éducation et d'accueil « Sauerschlass Ierpeldeng »**

**À remettre impérativement jusqu'au 5.06.2026**

**Année scolaire 2026-2027**

**I. Enfant**

<b>NOM</b>													
<b>Prénom</b>													
<b>Matricule</b>	<table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></td><td style="width:12.5%;"></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"/>										

**Modalités d'inscription**

<b>Mode d'inscription</b>	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>
---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

**CYCLE FRÉQUENTÉ pendant l'année scolaire 2026/2027**

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
<b>Classe fréquentée pendant l'année scolaire 2026/2027</b>	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. (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
<b>Maladie</b> (besoins de santé spécifiques) Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme, affection cardiaque, etc.)		<input type="checkbox"/>
<b>Allergies</b> pouvant entraîner un <b>risque de choc anaphylactique</b> ?		<input type="checkbox"/>
<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.		

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)

## 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><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	_____ heures/semaine	_____ heures/semaine																																								
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.**

<sup>1</sup> Si mère/père n'est pas le représentant légal, alors preuve requise du jugement/ référé

<sup>1</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 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 courriel.

**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 ou 2: Fiche de présence régulière ou irrégulière en plan de base (en période scolaire)**
- **Annexe 7: Ordre de domiciliation** dûment rempli et signé accompagnée d'un RIB, pour les nouveaux inscrits ou si vos coordonnées bancaires ont changé.
- **Annexe 8 : Autorisation pour la prise et/ou la publication d'images (photographies ou vidéos) pour enfants mineurs ayant moins de 13 ans**
- **Annexe 11 : autorisation application « DIMMI »**

**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 9).

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 « Sauerschlass Ierpeldeng »

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**

\_\_\_\_\_

**(Nom/prénom) :** \_\_\_\_\_