



Date de la demande : ____ / ____ / ____

Fiche d'inscription pour le Service d'éducation et d'accueil Wahl

À remettre impérativement jusqu'au Vendredi 02 juillet 2021

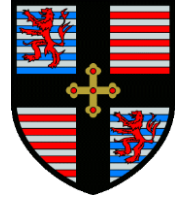
Année scolaire 2021-2022

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> </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 ACTUELLEMENT

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Classe fréquentée actuellement (prière de rien cocher pour les enfants non-scolarisés)	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.

Case à cocher – menu proposé par CR-Services

* 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, j'autorise/nous autorisons le personnel éducatif à utiliser les produits énumérés sous la rubrique « Maladie » : « Soins quotidiens » du règlement d'ordre interne.

Oui

Non



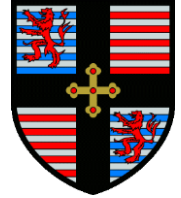
II. Représentants légaux

	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> </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.

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 tuteur légal de l'enfant et qui vous autorisez à récupérer votre enfant.**



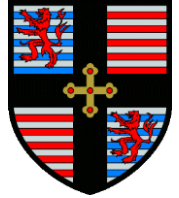
▪ **Modalités et signatures**

Le délai de dépôt pour les fiches d'inscription est fixé au vendredi 02 juillet 2021. Une confirmation d'inscription vous parviendra après jeudi 15 juillet 2021. Une inscription après le vendredi 02 juillet 2021 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 2021 doivent être inscrits moyennant cette fiche d'inscription. La fiche d'inscription doit porter obligatoirement la signature des représentants légaux. Le dossier d'inscription est à renvoyer à l'adresse suivante : 3, *Waler Strooss L-8818 GREVELS*.

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 d'identité** des personnes investies du droit d'éducation ainsi que de toute personne autorisée à venir chercher l'enfant.
- **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 9).
 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 Wahl.

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 lundi, 29 mars 2021 au vendredi 02 juillet 2021.