

École fondamentale Heisdorf Steinsel

ENFANT

Nom(s): _____

Prénom(s): _____

Adresse: _____

Matricule : _____

Lieu de naissance: _____

Pays de naissance: _____

Sexe: féminin
 masculin

Nationalité: _____

2ième nationalité: _____

Langues parlées Luxembourgeois Français
 Allemand Portugais
 Italien Anglais
 Autre :Classe: cycle 1.0 précoce cycle 2.1 cycle 4.1
 cycle 1.1 cycle 2.2 cycle 4.2
 cycle 1.2 cycle 3.1
 cycle 3.2Inscription Maison Relais nécessaire oui non

Pour l'inscription à la Maison Relais, vous devez vous rendre à la Maison Relais lors de la période d'inscription qui se déroulera sur rendez-vous du 02-13.05.2022.

MÈRE

Nom et prénom :

Adresse :

Matricule :

Téléphone :

privé :

travail :

mobile :

Adresse courriel :

PÈRE

Nom et prénom :

Adresse :

Matricule :

Téléphone :

privé :

travail :

mobile :

Adresse courriel :

PERSONNE(S) AYANT DROIT DE RECUEILLIR L'ENFANT

Mère : oui non
Père : oui non

Toute information relative au droit de garde des enfants (en cas de divorce / séparation) doit être transmise par écrit au Service socio-pédagogique de la Commune avec pièces à l'appui.

1. Autre personne

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Matricule : _____

Téléphone : privé : _____
 travail : _____
 mobile : _____

Adresse courriel : _____

2. Autre personne

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Matricule : _____

Téléphone : privé : _____
 travail : _____
 mobile : _____

Adresse courriel : _____

3. Autre personne

Nom et prénom :

Adresse :

Matricule :

Téléphone :

 privé :

 travail :

 mobile :

Adresse courriel :

MULTIMÉDIA

J'autorise les enseignants de l'école, respectivement l'administration de la Commune de Steinsel à publier des documents photographiques ou filmés de mon enfant pour des besoins de la Commune de Steinsel (p.ex. brochure scolaire)

 oui, j'autorise non, je n'autorise pas**SYSTÈME D'INFORMATION**

Si vous désirez être informés, lors d'événements exceptionnels, vous pouvez télécharger gratuitement l'application "City App Steinsel" sur App Store ou Google Play.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant présente-t-il actuellement un problème de santé nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière dans le cadre de l'école

oui

non

Si oui, veuillez svp. remplir les cases suivantes.

Nom et prénom de l'enfant : _____

1. Maladie(s) chronique(s) / Handicap

Diabète

Affection cardiaque

Epilepsie

Asthme

Allergie (s), la / lesquelles : _____

Risque de choc anaphylactique:

oui

non

Autre(s) maladie(s), la / lesquelles : _____

Handicap physique ou mental: _____

Les parents sont tenus à fournir un certificat médical (PAI) spécifiant la maladie ou l'allergie et les suites à donner.

2. Votre enfant doit-il prendre des médicaments à l'école?

oui

non

Lesquels : _____

Les parents sont tenus de ne pas envoyer leurs enfants à l'école dès lors que l'enfant souffre d'une maladie pour laquelle un important risque de transmission aux autres enfants ou au personnel peut être suspecté.

Dans un cas de nécessité absolue, les enseignants donneront des médicaments aux enfants mais uniquement sous les conditions suivantes :

- S'il a reçu une copie de l'ordonnance médicale récente
- Si les parents ont sollicité par écrit les enseignants d'attribuer le/les médicament(s), avec notification précise de la posologie nécessaire.

3. Est-ce que la participation à certaines activités (sportives, culturelles,...) est interdite par le médecin traitant ?

- oui
 non

Lesquelles : _____

Si oui, veuillez svpl. ajouter un certificat médical.

Autorisation

Les enseignants ont le droit de donner de la crème solaire à mon enfant.

- oui
 non

MÉDECIN TRAITANT connaissant le mieux l'état de santé de l'enfant

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Une copie du carnet de vaccination est à annexer au présent dossier personnel.

TRAITEMENT MÉDICAL URGENT

Je soussigné(e),

personne responsable de l'enfant _____

né(e) le _____

inscrit à l'école fondamentale, autorise les enseignants de l'école à prendre en cas d'urgence médicale ou en cas d'accident, les mesures d'urgence adéquates et de faire soigner l'enfant le plus vite possible, étant entendu que les parents en seront informés sans retard.

Date : _____

Nom et signature des parents/représentants légaux :

Par la présente signature je donne explicitement l'autorisation à la commune de Steinsel d'utiliser les données du présent formulaire dans le cadre de l'inscription de mon enfant à l'école et le cas échéant de transmettre ces données à ces sous-traitants.

De plus amples informations sur la protection des données privées peuvent être consultées sous : <https://www.steinsel.lu/mentions-legales>.

Adresse de contact : dpo@steinsel.lu