

---

**Dossier Personnel – Année Scolaire 2021/2022**

---

**École fondamentale**  Heisdorf  Steinsel

---

**ENFANT**

---

Nom(s): \_\_\_\_\_

Prénom(s): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Matricule: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Pays de naissance: \_\_\_\_\_

Sexe:

 féminin masculin

Caisse de maladie: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> 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 3.2

Inscription 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 19-30.04.2021.**

**MÈRE**

---

Nom et prénom

Adresse:

Matricule:

Téléphone :

privé: \_\_\_\_\_

travail: \_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_

Adresse EMAIL:

**PÈRE**

---

Nom et prénom

Adresse:

Matricule:

État civil :

Téléphone :

privé: \_\_\_\_\_

travail: \_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_

Adresse EMAIL:

**PERSONNE(S) AYANT DROIT DE RECUEILLIR L'ENFANT**Mère :  oui  nonPère :  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(s) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone : privé: \_\_\_\_\_

travail: \_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**2) Autre personne**

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone : privé: \_\_\_\_\_

travail: \_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**3) Autre personne**

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : privé: \_\_\_\_\_

travail: \_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  

---

**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 non**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 / laquelle(s) : \_\_\_\_\_

Risque de choc anaphylactique :  oui  non

Autre(s) maladie(s), la / laquelle(s) : \_\_\_\_\_

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 svp. 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(s): \_\_\_\_\_

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](mailto:dpo@steinsel.lu)