

FOYER SCOLAIRE



ANNEE SCOLAIRE 2017/2018
DOSSIER DE L'ENFANT

ENFANT

Matricule : _____/_____/_____/_____

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Adresse : Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Localité _____

Pays : _____

Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Nom de l'école _____ Niveau classe _____ Ordre classe _____

Nom et prénom de l'enseignant _____

Langues de communication : lux. fran. all. port. ital.
angl. autre _____

DOSSIER SOCIAL

Oui Non En cours Remarque : _____

TUTEURS LÉGAUX

Père¹ Tuteur légal :

Matricule : _____/_____/_____/_____

Nom : _____

Prénom : _____

Etat civil : _____ Métier exercé _____

Adresse : Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Localité _____

Pays : _____

GSM : _____ Tél. travail _____ Tél. maison _____

E-mail : _____ Fax : _____

Langues de communication : lux. fran. all. port. ital.
angl. autre _____

1) Si père/mère n'est pas le tuteur légal, alors preuve requise du jugement/référé.

paraphe : _____

Mère¹ Tuteur légal :

Matricule : ____/____/____/____

Nom : _____

Prénom : _____

Etat civil : _____ Métier exercé _____

Adresse : Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Localité _____

Pays : _____

GSM : _____ Tél. travail _____ Tél. maison _____

E-mail : _____ Fax : _____

Langues de communication : lux. fran. all. port. ital.
angl. autre _____

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'INSCRIPTION / DÉBITEUR

- Père
- Mère
- Autre

Matricule : ____/____/____/____ Date du contrat d'adhésion au ____/____/____

Remarque _____

HORAIRES DE TRAVAIL DES TUTEURS LÉGAUX

Horaire de _____ du père / tuteur légal

Nom du patron / employeur	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Horaire de _____ de la mère / tuteur légal

Nom du patron / employeur	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Toute modification du plan de travail doit être communiquée.

1) Si père/mère n'est pas le tuteur légal, alors preuve requise du jugement/référé.

paraphe : _____

FORMALITÉS SUR LE DÉPART

Enfant non

- J'autorise le foyer scolaire à laisser partir mon enfant sans accompagnement et j'en prends l'entière responsabilité.

Enfant accompagné²

- Le personnel éducatif ne peut pas prendre la responsabilité de laisser partir les enfants du niveau de classe 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 seuls. Je m'engage à venir chercher mon enfant ou à faire venir une personne désignée à tel effet et j'en prends l'entière
- Je ne souhaite pas que mon enfant quitte le foyer scolaire seul. Je m'engage à venir chercher mon enfant ou à faire venir une personne désignée à tel effet et j'en prends l'entière responsabilité.

Personnes ayant le droit de recueillir l'enfant respectivement de garder l'enfant en cas de maladie:

Père oui non¹ **Mère** oui non¹ **Tuteur légal** oui non

Autres documents juridiques : _____

Remarques :

Autres personnes :

Nom et prénom _____ Tél. GSM : _____

Adresse _____ Tél. travail : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. maison : _____

Remarque : _____

Nom et prénom _____ Tél. GSM : _____

Adresse _____ Tél. travail : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. maison : _____

Remarque : _____

Nom et prénom _____ Tél. GSM : _____

Adresse _____ Tél. travail : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. maison : _____

Remarque : _____

Nom et prénom _____ Tél. GSM : _____

Adresse _____ Tél. travail : _____

Lien avec l'enfant : _____ Tél. maison : _____

Remarque : _____

1) Si père/mère n'est pas le tuteur légal, alors preuve requise du jugement/référé.

2) Les heures d'arrivée/départ selon les consignes de fonctionnement des foyer scolaires de la Ville de Luxembourg doivent être respectées.

paraphe : _____

Nom, prénom
Matricule

Nom et prénom _____ Tél. GSM : _____
Adresse _____ Tél. travail : _____
Lien avec l'enfant : _____ Tél. maison : _____
Remarque : _____

PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Remplir et faire signer l'autorisation prévue pour les différents types d'activités extrascolaires par le tuteur légal.

AKTIOUN BAMBESCH

Dans le cas où mon enfant participe à l'Aktioun Bambesch organisé pendant les vacances scolaires par le service CAPEL, je prends connaissance et j'autorise le personnel éducatif du service des Foyers Scolaires à transférer la responsabilité de mon enfant au personnel du service CAPEL aux jours et heures prévus par cette activité de vacances. A partir de ce moment-là mon enfant sera donc sous la responsabilité exclusive du personnel éducatif du service CAPEL.

PHOTO, FILM

- J'**autorise** le foyer scolaire à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'activités pédagogiques et que ce matériel soit publié dans quelconque document en relation avec le travail pédagogique avec les enfants du service des Foyers Scolaires.
- Je **n'autorise pas** le foyer scolaire à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'activités pédagogiques et que ce matériel soit publié dans quelconque document en relation avec le travail pédagogique avec les enfants du service des Foyers Scolaires.

REPAS

- menu du jour
- menu B permanent (repas sans
- menu sans porc
- remise du dossier régime spécifique Date de remise du dossier ____/____/____

DONNÉES DE SANTÉ

Données du médecin

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

paraphe : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

Personne à avertir en priorité en cas d'accident _____

- L'enfant **ne présente pas** de problème de santé
 L'enfant **présente** un problème de santé particulier

Signalement des maladies

Type	Remarque	Certificat médical	Date certificat médical
<input type="checkbox"/> Diabète	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
<input type="checkbox"/> Épilepsie	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
<input type="checkbox"/> Asthme	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
<input type="checkbox"/> Affection cardiaque	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
<input type="checkbox"/> Allergies	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
<input type="checkbox"/> Autres	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___

Autre signalements nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière dans le cadre du Foyer Scolaire : _____

Médicaments à administrer

- Non
 Oui³ Certificat médical remis Date certificat médical ___/___/___

Liste des activités non permises par le médecin

Activité	Remarque	Certificat médical	Date certificat médical
_____	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
_____	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___
_____	_____	<input type="checkbox"/>	___/___/___

Une copie du carnet de vaccination est à remettre au plus tard le jour de l'inscription

J'ai pris connaissance des consignes portant sur le fonctionnement des foyers scolaires de la Ville de Luxembourg et j'autorise le personnel éducatif à prendre en cas d'urgence médicale ou d'accident les mesures d'urgence adéquates et de faire soigner l'enfant le plus vite possible tout en informant les/le tuteur(s) légal(aux) sans retard.

Lu et approuvé, le ___/___/___

Nom et prénom tuteur légal _____

Signature _____

paraphe : _____

3) Remplir et faire signer le document "Administration de médicaments" par le tuteur légal.

Les présentes informations sont consignées dans une base de données respectivement un dossier électronique. Le représentant légal a le droit de mettre à jour ou de vérifier ces données qui seront détruites, conformément à la législation, dès qu'elles n'auront plus de raison d'être. Conformément à la loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, telle qu'elle a été modifiée, le représentant légal dispose du droit d'accès, de rectification et d'opposition de ces données.

SORTIE DU FOYER SCOLAIRE

Date de sortie : ____/____/____

Remarque _____

Nom et prénom tuteur légal

Date signature ____/____/____

Signature _____

paraphe : _____