

Nachname,  
Sozialversicherungsnr.:

1 / 9

## FOYER SCOLAIRE



**SCHULJAHR 2023/2024**

**AKTE DES KINDES**

### KIND

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: Männlich  Weiblich

Adresse : Hausnummer: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Name der Schule: \_\_\_\_\_ Zyklus: \_\_\_\_\_ Bildungsabschnitt: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname der Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Kommunikationssprachen mit dem Kind:

LU

FR

DE

EN

PT

IT

Sonstige  \_\_\_\_\_

### SOZIALAKTE

Ja  Nein  In Arbeit Anmerkung \_\_\_\_\_

### VATER<sup>1</sup>

Erziehungsberechtigt: Ja  Nein

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Personenstand: \_\_\_\_\_ Berufstätigkeit: Ja  Nein

Adresse : Hausnummer: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Hany: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_ Tél. privat : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Kommunikationssprachen: LU  FR  DE  PT  IT

EN  sonstige  \_\_\_\_\_

Paraphe : \_\_\_\_\_

erstellt am 23/02/2023

Nachname,  
Sozialversicherungsnr.:

2 / 9

## MUTTER<sup>1</sup>

Erziehungsberechtigt: Ja  Nein

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Personenstand: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit: Ja  Nein

Adresse : Hausnummer: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Hany: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_ Tél. privat : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Kommunikationssprachen: LU  FR  DE  PT  IT   
EN  sonstige  \_\_\_\_\_

## VORMUND (NICHT MUTTER ODER VATER)<sup>1</sup>

Erziehungsberechtigt: Ja  Nein

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Personenstand: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit: Ja  Nein

Adresse : Hausnummer: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Hany: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_ Tél. privat : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Kommunikationssprachen: LU  FR  DE  PT  IT   
EN  sonstige  \_\_\_\_\_

## GESCHWISTER

Nachname und Vorname	Geburtsdatum
1.	
2.	
3.	
4.	

Paraphe : \_\_\_\_\_

erstellt am 23/02/2023

Nachname,  
Sozialversicherungsnr.:

## ÜBERNAHME DER ANMELDEGEBÜHREN / SCHULDNER/IN

- Vater  
 Mutter  
 Andere Person

Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Startdatum des CSA<sup>4</sup>-Vertrags: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

## ARBEITSZEITEN

### Arbeitszeiten des Vaters

Name des Arbeitgebers	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

### Arbeitszeiten der Mutter

Name des Arbeitgebers	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

### Arbeitszeiten des Vormunds (nicht Mutter oder Vater)

Name des Arbeitgebers	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Änderungen bei den Arbeitszeiten müssen gemeldet werden.

Paraphe : \_\_\_\_\_

## FORMALITÄTEN FÜR DAS VERLASSEN DES FOYERS

### Kind ohne Begleitung

- Ich erlaube dem Foyer scolaire, mein Kind ohne Begleitung gehen zu lassen und übernehme die volle Verantwortung dafür (ausschließlich für Kinder ab den Schulklassen des Zyklus 3.1 oder für Kinder ab dem 9. Lebensjahr möglich).

### Kind mit Begleitung<sup>2</sup>

- Das pädagogische Personal kann nicht die Verantwortung dafür übernehmen, dass Kinder der Klassenstufen 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2 den Schülerhort allein verlassen. Ich verpflichte mich, mein Kind abzuholen oder von einer ermächtigten Person abholen zu lassen und übernehme dafür die volle Verantwortung.
- Ich möchte nicht, dass mein Kind die Einrichtung allein verlässt. Ich verpflichte mich, mein Kind abzuholen oder von einer ermächtigten Person abholen zu lassen und übernehme dafür die volle Verantwortung.

### Personen, die das Recht haben, das Kind abzuholen bzw. das Kind im Krankheitsfall zu betreuen:

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_ ja  nein

Beziehung zum Kind: *Vater*

Rechtliche Dokumente: \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_ ja  nein

Beziehung zum Kind: *Mutter*

Rechtliche Dokumente: \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_ ja  nein

Beziehung zum Kind: *Vormund*

Rechtliche Dokumente: \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

### Andere Personen:

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. Handy : \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_

Tél. privat : \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname, Sozialversicherungsnr.:
--------------------------------------

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. Handy : \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_

Tél. privat : \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. Handy : \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_

Tél. privat : \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. Handy : \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_

Tél. privat : \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. Handy : \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_ Tél. Arbeit : \_\_\_\_\_

Tél. privat : \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

## TEILNAHME AN AUSSERSCHULISCHEN AKTIVITÄTEN

Füllen Sie die für die verschiedenen Arten von außerschulischen Aktivitäten vorgesehene Genehmigung aus und unterschreiben Sie diese.

### AKTIOUN BAMBESCH

Falls mein Kind an der „Aktion Bambesch“ teilnimmt, die während der Schulferien vom Service CAPEL organisiert wird, gilt Folgendes: Das pädagogische Personal des Service CAPEL trägt an den für die Ferienaktivitäten vorgesehenen Tagen und zu den dafür vorgesehenen Zeiten die Verantwortung für mein Kind. Mein Kind steht zu dem oben genannten Zeitpunkt also unter der alleinigen Verantwortung des pädagogischen Personals des Service CAPEL.

### FOTO- UND FILMAUFNAHMEN

Paraphe : \_\_\_\_\_

- Ich **erlaube** dem Personal des Foyer scolaire, mein Kind im Rahmen der pädagogischen Aktivitäten zu fotografieren und zu filmen. Ich stimme außerdem zu, dass dieses Material ganz oder teilweise in beliebiger Form (Papierform oder elektronisch (Internet)) veröffentlicht werden darf. Voraussetzung hierfür ist, dass die Veröffentlichung einen Bezug zur pädagogischen Arbeit des Service Foyers scolaires hat oder generell mit den von den entsprechenden Dienststellen organisierten Aktivitäten in Verbindung steht. Diese Fotos können dem Ministerium für Bildung, Kinder und Jugend im Rahmen der Vorschriften für die Verwaltung des Chèque-Service Accueil übermittelt werden.
  
- Ich **erlaube** dem Personal des Foyer scolaire **nicht**, mein Kind im Rahmen der pädagogischen Aktivitäten zu fotografieren und zu filmen.

### MAHLZEITEN

- Menü des Tages
  - Dauermenü B (Mahlzeit ohne Fleisch)
  - ohne Schwein
  - Einreichung der Akte für besondere Ernährungsbedürfnisse
- Abgabedatum der Akte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

#### Angaben zur Ärztin / zum Arzt

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

Person, die bei einem Unfall zuerst benachrichtigt werden soll:

\_\_\_\_\_

- Das Kind **hat keine** besonderen gesundheitlichen Probleme
- Das Kind **hat** ein besonderes gesundheitliches Problem

#### Meldung von Krankheiten

Art	Anmerkung	Ärztliche Bescheinigung vorgelegt	Datum der ärztlichen Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____
<input type="checkbox"/> Epilepsie	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____
<input type="checkbox"/> Asthma	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____
<input type="checkbox"/> Allergien	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____

Paraphe : \_\_\_\_\_

Nachname,  
Sozialversicherungsnr.:

Sonstiges \_\_\_\_\_  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Andere Besonderheiten, die eine besondere Überwachung oder Betreuung durch den Foyer scolaire erfordern:

\_\_\_\_\_

**Verabreichung von Medikamenten erforderlich**

Nein  Ja<sup>3</sup>  Ärztliche Bescheinigung vorgelegt Datum der ärztlichen Bescheinigung \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Liste der ärztlich untersagten Aktivitäten**

Aktivität	Anmerkung	Ärztliche Bescheinigung vorgelegt	Datum der ärztlichen Bescheinigung
_____	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	____/____/____

**BESONDERE BEDÜRFNISSE DES KINDES**

- Das Kind hat keine besonderen Bedürfnisse, die für die tägliche Betreuung im Foyer scolaire relevant sind.
- Das Kind hat besondere Bedürfnisse, die für die tägliche Betreuung im Foyer scolaire relevant sind. Falls es Berichte, Protokolle oder Bescheinigungen gibt, die das besondere Bedürfnis dokumentieren, sind diese Unterlagen spätestens am Tag der Anmeldung einzureichen.

Paraphe : \_\_\_\_\_

Ich habe die Arbeitsvorschriften der Foyers scolaires der Stadt Luxemburg zur Kenntnis genommen und ermächtige das pädagogische Personal, im Falle eines medizinischen Vorfalls oder Unfalls die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen (z. B. einen Krankenwagen zu rufen), das Kind so schnell wie möglich zu behandeln und die unter dem obigen Abschnitt MEDIZINISCHE INFORMATIONEN genannte/n Person/en zu benachrichtigen.

Die Aktivitäten der Foyers scolaires werden auf Grundlage des Gesetzes über die Organisation des Grundschulunterrichts (loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental) organisiert.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Gemeindeverwaltung der Stadt Luxemburg die in diesem Formular bereitgestellten Daten sowie die zu einem späteren Zeitpunkt übermittelten Daten gemäß der geltenden Gesetzgebung zum Schutz personenbezogener Daten verarbeitet, um die ihr durch das vorstehende Gesetz über die Organisation des Grundschulunterrichts übertragenen Aufgaben zu erfüllen und eine angemessene Betreuung sowie die Sicherheit des Kindes im Foyer scolaire und während der in dessen Rahmen organisierten Aktivitäten zu gewährleisten. Ich nehme zur Kenntnis, dass ein nicht vollständig ausgefülltes Formular die Gemeindeverwaltung der Stadt Luxemburg dazu berechtigt, die Aufnahme meines Kindes in den Foyer scolaire abzulehnen.

Ferner nehme ich zur Kenntnis, dass ich für falsche bzw. fehlende Informationen haftbar gemacht werden kann.

Zusätzliche Informationen:

Die vorstehenden personenbezogenen Daten werden gemäß der geltenden Gesetzgebung gespeichert. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Chèque-Service Accueil.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Gemeindeverwaltung der Stadt Luxemburg: 42, place Guillaume II, L-1648 Luxembourg.

Sie haben ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Sie können diese Rechte ausüben, indem Sie sich postalisch unter der oben genannten Adresse oder per E-Mail unter DPO@vdl.lu an die Gemeindeverwaltung der Stadt Luxemburg wenden.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widerrufen bzw. Widerspruch gegen die Verarbeitung einzulegen. In diesem Fall behält sich die Gemeindeverwaltung der Stadt Luxemburg das Recht vor, Ihr Kind vom Foyer scolaire auszuschließen.

Sie haben außerdem das Recht, Beschwerde bei der Nationalen Kommission für den Datenschutz (<https://cnpd.public.lu/de>) einzulegen.

Gelesen und genehmigt \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(mit handschriftlichem Vermerk)

Nachname und Vorname der sorgeberechtigten Eltern / des sorgeberechtigten Elternteils bzw. des Vormunds:

\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nachname,  
Sozialversicherungsnr.:

## AUSTRITT AUS DEM FOYER SCOLAIRE

Datum vom Austritt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Anmerkung: \_\_\_\_\_

Nachname und Vorname der sorgeberechtigten Eltern / des sorgeberechtigten Elternteils bzw. des Vormunds:

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

- 1) Wenn ein oder beide Elternteil(e) nicht über das Sorgerecht verfügen, muss eine Kopie der Dokumente (Urteil oder Ähnliches) vorgelegt werden, die Auskunft über die Vertretung des Kindes geben.
- 2) Die Arbeitsvorschriften der Foyers scolaires der Stadt Luxemburg sind zu beachten.
- 3) Füllen Sie das Formular „Administration de médicaments“ (Medikamentengabe) aus und unterschreiben Sie es.
- 4) CSA = Chèque-Service Accueil (Gutscheine für außerschulische Kinderbetreuung)

Paraphe : \_\_\_\_\_