

Nom, prénom :
Matricule :

1 / 9

FOYER SCOLAIRE



ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

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 avec l'enfant :

lux. fran. all. angl. port. ital.
autre _____

DOSSIER SOCIAL

Oui Non En cours Remarque : _____

PÈRE¹

Titulaire de l'autorité parentale : Oui Non

Matricule : ____/____/____/____

Nom : _____

Prénom : _____

Etat civil : _____ Occupation Professionnelle : Oui Non

Adresse : Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____

GSM : _____ Tél. travail : _____ Tél. maison : _____

Fax : _____ E-mail : _____

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

paraphe : _____

Nom, prénom :
Matricule :

MÈRE¹

Titulaire de l'autorité parentale : Oui Non

Matricule : ____/____/____/____

Nom : _____

Prénom : _____

Etat civil : _____ Occupation Professionnelle : Oui Non

Adresse : Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____

GSM : _____ Tél. travail : _____ Tél. maison : _____

Fax : _____ E-mail : _____

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

TUTEUR (AUTRE PERSONNE QUE MÈRE OU PÈRE)¹

Matricule : ____/____/____/____

Nom : _____

Prénom : _____

Etat civil : _____ Occupation Professionnelle : Oui Non

Adresse : Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Pays : _____

GSM : _____ Tél. travail : _____ Tél. maison : _____

Fax : _____ E-mail : _____

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

FRERES ET SOEURS

Nom et Prénom	Date naissance
1.	
2.	
3.	
4.	

paraphe : _____

Nom, prénom :
Matricule :

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'INSCRIPTION / DÉBITEUR

- Père
 Mère
 Autre

Matricule : ____/____/____/____ Date du contrat d'adhésion⁴ CSA au : ____/____/____

Remarque : _____

HORAIRES DE TRAVAIL

Horaire de travail du père

Nom du patron / employeur	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Horaire de travail de la mère

Nom du patron / employeur	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Horaire de travail du tuteur (autre personne que mère ou père)

Nom du patron / employeur	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

Toute modification du plan de travail doit être communiquée.

paraphe : _____

Nom, prénom :
Matricule :

FORMALITÉS SUR LE DÉPART

Enfant non accompagné

- J'autorise le foyer scolaire à laisser partir mon enfant sans accompagnement et j'en prends l'entière responsabilité (uniquement à partir des classes du cycle 3.1 ou pour les enfants âgés de 9 ans au moins).

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 responsabilité.
- 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:

Nom et prénom : _____ oui non

Lien avec l'enfant : *Père*

Documents juridiques : _____

Remarque : _____

Nom et prénom : _____ oui non

Lien avec l'enfant : *Mère*

Documents juridiques : _____

Remarque : _____

Nom et prénom : _____ oui non

Lien avec l'enfant : *Tuteur*

Documents juridiques : _____

Remarque : _____

Autres personnes :

Nom et prénom : _____ Tél. GSM : _____

Adresse : _____ Tél. travail : _____

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

Remarque : _____

Nom, prénom :
Matricule :

5 / 9

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 : _____

PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

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

AKTIOUN BAMBESCH

Dans le cas où mon enfant participe à l'Aktioun Bambesch organisée pendant les vacances scolaires par le service CAPEL, je suis informé que, lors de ces activités la responsabilité incombe au personnel éducatif 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 personnel du foyer scolaire à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques. J'autorise également la publication de ce matériel en tout ou partie dans tout document (format papier ou diffusion par voie électronique (internet)), à condition que la publication ait un lien avec le travail pédagogique du service des Foyers scolaires ou, en général, que la publication soit en relation avec les activités organisées par lesdits services. Ces photographies sont susceptibles d'être transmises au Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse dans le cadre de la réglementation relative à la gestion du chèque-service accueil.

paraphe : _____

général le 30/01/2024

- Je n'autorise pas** le personnel du foyer scolaire à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre d'activités pédagogiques.

REPAS

- menu du jour
- menu B permanent (repas sans viande)
- menu sans porc
- remise du dossier régime spécifique

Date de remise du dossier : ____/____/____

DONNÉES DE SANTÉ

Données du médecin

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

Personne à avertir en priorité en cas d'accident : _____

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

Signalement des maladies

Type	Remarque	Certificat médical remis	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"/>	____/____/____

Autres 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 : ____/____/____

Nom, prénom :
Matricule :

Liste des activités interdites par le médecin

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

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

- L'enfant n'a pas de besoins spécifiques pour l'encadrement journalier au foyer scolaire.
- L'enfant a des besoins spécifiques pour l'encadrement journalier au foyer scolaire. En cas d'existence de rapports, comptes rendus ou certificats documentant le besoin spécifique, ces documents sont à remettre au plus tard le jour de l'inscription.

paraphe : _____

J'ai pris connaissance des consignes portant sur le fonctionnement des foyers scolaires de la Ville de Luxembourg et j'autorise le personnel éducatif de prendre, en cas d'urgence médicale ou d'accident, les mesures d'urgence nécessaires (p.ex. appeler une ambulance) et de faire soigner l'enfant le plus vite possible tout en informant la(les) personne(s) ci-avant désignée(s) sub DONNÉES DE SANTÉ.

Les activités des foyers scolaires sont organisées sur base de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental.

De convention expresse et conformément à la législation actuellement en vigueur concernant la protection des données personnelles, j'autorise l'administration communale de la Ville de Luxembourg à traiter les données fournies moyennant le présent formulaire ainsi que celles communiquées ultérieurement en vue d'accomplir la mission lui confiée par la prédite loi du 6 février 2009, d'assurer l'encadrement adéquat et la sécurité de l'enfant dans le foyer scolaire ainsi qu'au cours des activités organisées par celui-ci. Je suis conscient(e) du fait que tout formulaire non rempli intégralement autorise l'administration communale de la Ville de Luxembourg à refuser l'inscription de mon enfant dans le foyer scolaire.

Je suis également conscient(e) du fait que toute fausse information respectivement tout manque d'informations engage ma responsabilité.

Informations supplémentaires :

Les données personnelles précitées sont conservées conformément à la législation applicable notamment en matière de chèque-service accueil.

Le responsable du traitement est l'administration communale de la Ville de Luxembourg, établie à 42 Place Guillaume II, L-1648 Luxembourg.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de ces données. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courrier à l'administration communale de la Ville de Luxembourg, à l'adresse ci-avant indiquée, ou en envoyant un courriel à l'adresse DPO@vdl.lu.

Vous avez le droit de retirer votre consentement concernant le traitement desdites données personnelles respectivement de vous opposer à ce traitement à tout moment. Dans ce cas, l'administration communale de la Ville de Luxembourg se réserve le droit d'exclure votre enfant du foyer scolaire.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale pour la protection des données: www.cnpd.lu.

Lu et approuvé (mention manuscrite) _____, le ____/____/____

Nom et prénom du(des) parent(s) titulaire(s) de l'autorité parentale respectivement du tuteur :

Signature : _____

Nom, prénom :

9 / 9

Matricule :

CLÔTURE DU DOSSIER

Date de sortie : ____/____/____ Remarque : _____

Nom et prénom du(des) parent(s) titulaire(s) de l'autorité parentale respectivement du tuteur :

Date signature : ____/____/____

Signature : _____

- 1) Si l'un des parents ou les deux ne sont pas titulaires de l'autorité parentale, la copie de tout document (jugement ou autre) désignant le représentant de l'enfant doit être remise.
- 2) Les consignes de fonctionnement des foyers scolaires de la Ville de Luxembourg doivent être respectées.
- 3) Remplir et faire signer le document "Administration de médicaments".
- 4) CSA = Chèque Service Accueil

paraphe : _____

général le 30/01/2024