

## FOYER SCOLAIRE



**ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**  
**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 : \_\_\_\_\_

### PÈRE<sup>1</sup>

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 \_\_\_\_\_

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

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

paraphe : \_\_\_\_\_

Nom, prénom  
Matricule

**MÈRE<sup>1</sup>**

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 \_\_\_\_\_

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

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

**TUTEUR (AUTRE PERSONNE QUE MÈRE OU PÈRE)**

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

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Etat civil : \_\_\_\_\_ Occupation Professionnelle : Oui  Non

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  \_\_\_\_\_

**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'adhésion 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 : \_\_\_\_\_

## 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 accompagné<sup>2</sup>

- 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:

**Père** oui  non     **Mère** oui  non     **Tuteur** oui  non

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 : \_\_\_\_\_

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.

### AKTIOUN BAMBESCH

Dans le cas où mon enfant participe à l'Aktioun Bambesch organisée pendant les vacances scolaires par le service CAPEL, j'autorise le personnel éducatif du service des Foyers scolaires à transférer la responsabilité 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 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 dans tout document quelconque, 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.
- 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 : \_\_\_\_\_

paraphe : \_\_\_\_\_

Nom, prénom
Matricule

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
- 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"/>	___/___/___

Autres signalements nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière dans le cadre du foyer scolaire :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Médicaments à administrer**

- Non
- Oui<sup>3</sup>       Certificat médical remis      Date certificat médical    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Liste des activités interdites par le médecin**

Activité	Remarque	Certificat médical	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 jusqu'à \_\_\_\_\_

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 [protectiondesdonnees@vdl.lu](mailto:protectiondesdonnees@vdl.lu).

Vous avez le droit de retirer votre consentement concernant le traitement des dites 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 (1, avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette).

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
Matricule

## **SORTIE DU FOYER SCOLAIRE**

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