

1^{ère} demande 23/24 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

INSCRIPTION PENDANT LA PERIODE SCOLAIRE:

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|--|--|--|--|--|--|
| Accueil matinal | <input type="checkbox"/> 07:00 – 8:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 8:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 8:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 8:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 8:00 |
| Accueil midi OU Restauration OU Accueil de midi | <input type="checkbox"/> 12:00 – 12:30 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 12:30 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 12:30 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 12:30 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 12:30 |
| | <input type="checkbox"/> 12:00 – 13:50 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 13:50 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 13:50 |
| | <input type="checkbox"/> 13:30 – 14:00 | | <input type="checkbox"/> 13:30 – 14:00 | | <input type="checkbox"/> 13:30 – 14:00 |
| Après-midi 1 | <input type="checkbox"/> 15:50 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 15:50 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 15:50 – 16:00 |
| Après-midi 2 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 |
| Après-midi 3 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 |
| Après-midi 4 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 |

INSCRIPTION POUR LA PERIODE DES VACANCES (Toussaint, Carnaval, Pâques, Pentecôte, Vacances d'été...)
ET CONGES SCOLAIRES (St. Nicolas,...)
 ➔ voir la page « Inscription vacances »

Nous avons besoin d'une inscription SUR PLAN
 = Vous nous informez régulièrement (délais fixés par la commune!) sur la présence effective de l'enfant.

Enfant d'une famille:

monoparentale (= personne responsable habitant seul avec le / les enfants),

- travaille (Veuillez annexer un / des certificat(s) du / des patron(s) attestant le nombre d'heures travaillées par semaine)
- ne travaille pas
- bénéficie du revenu d'inclusion sociale (REVIS) (Veuillez annexer le certificat afférent)
- a un grave problème de santé, qui la met dans l'impossibilité de garder l'enfant pendant les heures demandées (Veuillez annexer un certificat médical)

avec 2 adultes, dont

- 1 personne travaille (Veuillez annexer un / des certificat(s) du / des patron(s) attestant le nombre d'heures travaillées par semaine)
- 2 personnes travaillent (Veuillez annexer un / des certificat(s) du / des patron(s) attestant le nombre d'heures travaillées par semaine)
- les 2 personnes ne travaillent pas
- le ménage bénéficie du revenu d'inclusion sociale (REVIS) (Veuillez annexer le certificat afférent)
- un adulte a un grave problème de santé, qui le met dans l'impossibilité de garder l'enfant pendant les heures demandées (Veuillez annexer un certificat médical)

LES ENFANTS INSCRITS DOIVENT DISPOSER D'UNE CARTE CHEQUE-SERVICE VALIDE
 LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN CONSIDERATION !
 Par l'introduction de la demande, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement d'admission et de fonctionnement du SEA « am Kiischtenascht » tel qu'arrêté par le Conseil communal en date du 15 mars 2023

| | |
|----------------------------|--|
| réservé à l'administration | Nom, prénom et signature: _____ |
|----------------------------|--|



INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT 2023/24

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Matricule: _____

Sexe de l'enfant ?

féminin masculin

Connaissance de la langue luxembourgeoise ?

aucune basique bonne

Connaissance de la langue française ?

aucune basique bonne

Connaissance de la langue allemande ?

aucune basique bonne

Connaissance de la langue anglaise ?

aucune basique bonne

Connaissance d'une autre langue ?

aucune basique bonne

Langue : _____

OUI Est-ce que votre enfant mange de la **viande de porc** ? NON

OUI Est-ce que votre enfant suit un régime alimentaire **végétarien** ? NON

OUI Est-ce que votre enfant va **seul aux toilettes** ? NON

OUI Est-ce que votre enfant porte des **langes** ? NON

OUI Est-ce que votre enfant a des attitudes ou des comportements qui peuvent être vécues difficilement par son entourage ? SI OUI, veuillez détailler : NON

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature: _____



INFORMATIONS MEDICALES MAISON RELAIS 2023/24

1^{ère} demande 23/24 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

OUI Est-ce que l'enfant est **vacciné** ? NON

→ si oui, veuillez joindre une copie de la carte de vaccination à cette demande.

OUI Est-ce que votre enfant nécessite un **encadrement spécifique** ? NON

→ Si oui, veuillez indiquer les détails dans la case « remarques » ci-dessous.

OUI Est-ce que votre enfant souffre d'une **maladie chronique ou d'allergies** ?
Suit-il un traitement spécifique/ une médication particulière ? NON

→ Si oui, veuillez indiquer les détails dans la case « remarques » ci-dessous.

OUI Est-ce que l'enfant porte des **lunettes** ? NON

OUI Est-ce que l'enfant porte un **appareil auditif** ? NON

OUI Est-ce que l'enfant porte un **appareil orthodontique** ? NON

Médecin généraliste ou pédiatrique de l'enfant (Nom, Adresse et Nr de téléphone) :

Remarques :

EN CAS DE MALADIES CHRONIQUES GRAVES

(= risque de mort ou de lésions graves) (asthme, épilepsie, allergies comportant le risque d'un choc anaphylactique...) **VOUS DEVEZ ETABLIR ANNUELLEMENT, EN COLLABORATION AVEC VOTRE MEDECIN TRAITANT, UN « PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUEL » (PAI).**

Pour plus d'informations concernant le PAI, veuillez contacter le service de la médecine scolaire (75 82 81 - 1)

LE DOCUMENT « DÉLÉGATION PARENTALE D'UN ACTE D'AIDE »

(disponible sur demande auprès de la chargée de direction ou sur www.waldbredimus.lu) EST, LE CAS ÉCHÉANT, À JOINDRE

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature:



PERSONNES DE CONTACT 1/2

MAISON RELAIS

2023/24

1^{ère} demande 23/24 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

| | | |
|---|---------------------------|--|
| RESPONSABLE PRINCIPAL = Signataire de cette demande | Nom et Prénom: _____ | |
| | Matricule: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Adresse : _____ | |
| | _____ | |
| | Email : _____ | |
| | Téléphone(s): _____ | |
| | Lien avec l'enfant: _____ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUI Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> OUI Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> NON | | |
| | | Signature du RESPONSABLE: _____ |

| | | |
|--|---------------------------|---|
| PERSONNE 2 | Nom et Prénom: _____ | |
| | Matricule: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | Adresse : _____ | |
| | _____ | |
| | Email : _____ | |
| | Téléphone(s): _____ | |
| | Lien avec l'enfant: _____ | |
| <input type="checkbox"/> OUI Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> NON | | |
| | | Signature du RESPONSABLE: _____ |

| | | | |
|-------------------|--|---|-----------------------------------|
| PERSONNE 3 | Nom et Prénom: _____ | | |
| | Matricule: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | Téléphone(s): _____ | | |
| | Lien avec l'enfant: _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> OUI Cette personne peut demander de modifier l'inscription <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale <input type="checkbox"/> NON | | |
| | | | Signature d'un RESPONSABLE: _____ |



PERSONNES DE CONTACT 2/2

MAISON RELAIS

2023/24

 1^{ère} demande 23/24

 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

PERSONNE 4

Nom et Prénom: _____

Matricule:

Téléphone(s): _____

Lien avec l'enfant: _____

Signature d'un RESPONSABLE:

- | | | | | |
|--------------------------|------------|--|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut demander de modifier l'inscription | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale | <input type="checkbox"/> | NON |

PERSONNE 5

Nom et Prénom: _____

Matricule:

Téléphone(s): _____

Lien avec l'enfant: _____

Signature d'un RESPONSABLE:

- | | | | | |
|--------------------------|------------|--|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut demander de modifier l'inscription | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale | <input type="checkbox"/> | NON |

PERSONNE 6

Nom et Prénom: _____

Matricule:

Téléphone(s): _____

Lien avec l'enfant: _____

Signature d'un RESPONSABLE:

- | | | | | |
|--------------------------|------------|--|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut demander de modifier l'inscription | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale | <input type="checkbox"/> | NON |

PERSONNE 7

Nom et Prénom: _____

Matricule:

Téléphone(s): _____

Lien avec l'enfant: _____

Signature d'un RESPONSABLE:

- | | | | | |
|--------------------------|------------|--|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut demander de modifier l'inscription | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais | <input type="checkbox"/> | NON |
| <input type="checkbox"/> | OUI | Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale | <input type="checkbox"/> | NON |



DROIT DE QUITTER LA MAISON RELAIS SANS ACCOMPAGNEMENT 2023/24

1^{ère} demande 23/24 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

OUI Pendant la **période scolaire**, l'enfant peut quitter la Maison Relais et se rendre à la maison **NON**
sans accompagnement.

OUI Pendant les **vacances**, l'enfant peut quitter la Maison Relais et se rendre à la maison **NON**
sans accompagnement.

Art. 7.4 de notre Règlement d'admission et de fonctionnement

Les parents peuvent autoriser leurs enfants des **cycles 3 et 4** de rentrer sans accompagnement à la maison. L'enfant ne sera plus sous responsabilité du SEA, mais **sous l'entière responsabilité de ces parents** dès qu'il quitte au moment indiqué par les parents bâtiment du SEA.

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature:

1^{ère} demande 23/24 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

Soins :

OUI Est-ce que l'équipe pédagogique peut, en cas de besoin, appliquer un **désinfectant** à votre enfant ? NON

OUI Est-ce que l'équipe pédagogique peut, en cas de besoin, appliquer de la **crème solaire** (fournie par nos soins) à votre enfant ? NON

OUI Est-ce que l'équipe pédagogique peut, en cas de besoin, appliquer de la **crème d'arnica** (fournie par nos soins) à votre enfant ? NON

OUI Est-ce que l'équipe pédagogique peut, en cas de besoin, appliquer une **crème contre les tiques** (fournie par nos soins) à votre enfant ? NON

Protection des données :

OUI Est-ce que votre enfant peut être **pris en photo, en vue d'éventuelles publications** (p.ex. « Nouvelles ») illustrant les activités de la maison relais ? NON

OUI Votre enfant peut-il être pris en photo, en vue d'éventuelles publications, illustrant les activités de la maison relais sur **nos sites internet**? NON

OUI Votre enfant peut-il être pris en photo, en vue d'éventuelles publications, illustrant les activités de la maison relais **sur les pages communales sur les réseaux sociaux**? NON

OUI Votre enfant peut-il être **pris en vidéo** lors de notre travail pédagogique ? (Ces vidéos ne sont pas publiées et détruites à la fin de l'activité visée) NON

Excursions :

OUI Votre enfant peut se rendre spontanément avec l'équipe pédagogique hors du territoire communal (uniquement endéans le Grand-Duché de Luxembourg) ? NON
Nous vous contacterons avant chaque excursion prolongée / distante.

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature:



INSCRIPTION VACANCES MAISON RELAIS 2023/24

1^{ère} demande 23/24 Modification à partir du: _____

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Nr Carte CSA: _____

Inscription DE BASE pendant les VACANCES ET CONGES SCOLAIRES:

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| Encadrement matin 1 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 08:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 08:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 08:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 08:00 | <input type="checkbox"/> 07:00 – 08:00 |
| Encadrement matin 2 | <input type="checkbox"/> 08:00 – 09:00 | <input type="checkbox"/> 08:00 – 09:00 | <input type="checkbox"/> 08:00 – 09:00 | <input type="checkbox"/> 08:00 – 09:00 | <input type="checkbox"/> 08:00 – 09:00 |
| Petit déjeuner | <input type="checkbox"/> 09:00 – 10:00 | <input type="checkbox"/> 09:00 – 10:00 | <input type="checkbox"/> 09:00 – 10:00 | <input type="checkbox"/> 09:00 – 10:00 | <input type="checkbox"/> 09:00 – 10:00 |
| Encadrement matin 3 | <input type="checkbox"/> 10:00 – 12:00 | <input type="checkbox"/> 10:00 – 12:00 | <input type="checkbox"/> 10:00 – 12:00 | <input type="checkbox"/> 10:00 – 12:00 | <input type="checkbox"/> 10:00 – 12:00 |
| Restauration | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 | <input type="checkbox"/> 12:00 – 14:00 |
| Encadrement AM1 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 | <input type="checkbox"/> 14:00 – 16:00 |
| Collation | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 | <input type="checkbox"/> 16:00 – 17:00 |
| Encadrement AM2 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 | <input type="checkbox"/> 17:00 – 18:00 |
| Encadrement AM3 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 | <input type="checkbox"/> 18:00 – 19:00 |

Art. 4.9 de notre Règlement d'admission et de fonctionnement

Les enfants admis aux services demandés pendant les vacances scolaires fréquentent d'office ces services pendant les périodes de vacances.

Si l'enfant ne fréquente pas le SEA pendant une certaine période, les parents devront en informer le SEA ; plus tard 4 semaines avant le début des vacances concernées moyennant le formulaire établi à cette fin disponible sur demande auprès du personnel du SEA et sur le site internet communal.

Chaque enfant devra congédier (ne pas visiter le SEA, hors congé de maladie) pendant au moins 2 semaines entières et consécutives pendant les vacances d'été.

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature: