



CODE AC

MAISON RELAIS VICHTEN

FICHE D'INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE : _____ / _____

ENFANT

photo récente	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Localité :	Code postal :
	Téléphone (s) :	
	Date de naissance :	Lieu de naissance :
	Nationalité :	Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>
Matricule :	<input type="text"/>	

Niveau classe :	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4		
Ordre classe	<input type="checkbox"/> Précoce <input type="checkbox"/> 1.1. <input type="checkbox"/> 1.2.	<input type="checkbox"/> 2.1. <input type="checkbox"/> 2.2.	<input type="checkbox"/> 3.1. <input type="checkbox"/> 3.2.	<input type="checkbox"/> 4.1. <input type="checkbox"/> 4.2.		
Nom et prénom de l'enseignant :						
Langues de communication	lux. <input type="checkbox"/>	fran. <input type="checkbox"/>	all. <input type="checkbox"/>	port. <input type="checkbox"/>	angl. <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>

DOSSIER SOCIAL

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> EN COURS	Remarque :
Nom de l'assistante sociale :			Tél :

Intéressé pour les vacances scolaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	------------------------------	------------------------------

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.

Page 1 of 7



CODE AC

TUTEURS LÉGAUX

PÈRE ¹ <input type="checkbox"/>	Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Matricule :																									
Nom :										Prénom :																	
Adresse :																											
Localité :												Code postal :															
GSM :						Tél. travail :						Tél maison :															
E-mail :										Fax :																	
Etat civil :										Métier exercé :																	
Langues de communication				lux. <input type="checkbox"/>				franc. <input type="checkbox"/>				all. <input type="checkbox"/>				port. <input type="checkbox"/>				angl. <input type="checkbox"/>				autre. <input type="checkbox"/>			

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

HORAIRE DE TRAVAIL DU PÈRE

Employeur : _____

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
..... - - - - -
..... - - - - -

MÈRE ¹ <input type="checkbox"/>	Tuteur légal <input type="checkbox"/>	Matricule :																									
Nom :										Prénom :																	
Adresse :																											
Localité :												Code postal :															
GSM :						Tél. travail :						Tél maison :															
E-mail :										Fax :																	
Etat civil :										Métier exercé :																	
Langues de communication				lux. <input type="checkbox"/>				franc. <input type="checkbox"/>				all. <input type="checkbox"/>				port. <input type="checkbox"/>				angl. <input type="checkbox"/>				autre. <input type="checkbox"/>			

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

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.



CODE AC

HORAIRE DE TRAVAIL DE LA MÈRE

Employeur : _____

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
..... - - - - -
..... - - - - -

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'INSCRIPTION / DÉBITEUR CHEQUE-SERVICE

Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Matricule :														
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date du contrat d'adhésion au chèque-service accueil ou date de renouvellement de la carte CSA :

..... / /

FORMALITÉS SUR LE DÉPART

Enfant non accompagné

- J'autorise la Maison Relais à laisser partir mon enfant **sans accompagnement** et j'en prends l'entière responsabilité.

Enfant accompagné

- Je ne souhaite pas que mon enfant quitte la Maison Relais seul. Je m'engage à **venir chercher mon enfant** ou faire venir une personne désignée à tel effet et j'en prends l'entière responsabilité.

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.



CODE AC

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

Père: oui <input type="checkbox"/> non ¹ <input type="checkbox"/>	Mère: oui <input type="checkbox"/> non ¹ <input type="checkbox"/>	Tuteur légal: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	---	--

Autres personnes:

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

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

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

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

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

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

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 de la maison relais de Vichten doivent être respectées.

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.



CODE AC

Personnes à contacter en cas d'urgence, autre que personnes de références

Nom et prénom :	Tél:
Nom et prénom :	Tél :
Nom et prénom :	Tél:

PHOTO, FILM

- J'autorise** la maison relais de Vichten 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 la maison relais.
- Je n'autorise pas** la maison relais de Vichten 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 la maison relais.

RESTAURATION SCOLAIRE

- MENU DU JOUR
- MENU VEGETARIEN
- MENU SPÉCIFIQUE

Les menus sont préparés sur place et affichés dans la maison relais. Les enfants qui souffrent d'une allergie alimentaire recevront un menu spécifique, élaboré par une diététicienne et qui sera adapté en fonction de leurs besoins.

Dans ce cas un **certificat médical** comprenant toutes les informations nécessaires est à joindre à la présente fiche d'inscription.

DONNÉES DE SANTÉ**Données du médecin**

Nom :	Tél :
Nom :	Tél :
Nom :	Tél :

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

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.



CODE AC

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"/> Affectation cardiaque		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Allergies		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Allergènes*		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/>	

*Règlement (UE) No 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires

Autres signalements nécessitant une surveillance ou une prise en charge particulière dans le cadre de la Maison Relais :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.



CODE AC

Médicaments à administrer régulièrement

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Certificat médical remis	Date certificat médical :
Nom du médicament :			

* fiche «Administration de médicaments » à remplir

Liste des activités non permises par le médecin

Activité	Remarque	Certificat méd. remis	Date certificat méd.
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

Une copie du carnet de vaccination est à joindre à la présente fiche d'inscription.

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'ai pris connaissance des consignes portant sur le fonctionnement de la Maison Relais de Vichten et j'autorise le personnel éducatif à prendre en cas d'urgence médicale ou de l'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 du tuteur légal: _____

Signature : _____

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.

Page 7 of 7