

Fiche d'inscription Cycle 1 (précoce) pour 2024 / 2025



L'enfant (à joindre obligatoirement une copie de la carte d'identité de l'enfant)

Nom et prénom : _____ sexe : _____

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ à _____

Adresse : _____ L- _____

Nationalité : _____ Langue maternelle : _____

Matricule nationale (obligatoire) : _____

(à joindre obligatoirement une copie de la carte sécurité sociale)

Date de validité du contrat chèque-service (obligatoire) : _____

Scolarité de l'enfant en 2024/2025

Cycle 1 précoce

Titulaire de classe (si connu): _____

Inscription

Accueil de midi à Clemency

mardi jeudi

Prise en charge actuelle de l'enfant

L'enfant est actuellement inscrit dans un foyer de jour situé dans notre commune ou autre : oui non

Nom du Foyer du jour, de la crèche : _____

ou

gardienne privée : oui non

Situation familiale (à joindre obligatoirement un certificat de résidence élargi actuel de toute personne adulte habitant à la même adresse ainsi qu'une copie de la carte d'identité du père et de la mère)

Responsable légal

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : mère
 père
 tuteur / _____

Etat civil : _____

 (travail) _____

 (gsm) _____

 (privé) _____

E-mail : _____


Conjoint / Partenaire

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : mère
 père
 tuteur / _____

Etat civil : _____

 (travail) _____

 (gsm) _____

 (privé) _____

E-mail : _____

Situation professionnelle des parents :

(à joindre obligatoirement le certificat de travail actuel et original (disponible en PDF sur le site internet de la Commune de Käerjeng) dûment rempli et signé par l'employeur ou bien un certificat du centre commun d'affiliation en cas d'indépendant du responsable légal et du conjoint)

Responsable légal

Nom et adresse de l'employeur :

Tâche : _____ heures / semaine

Conjoint / Partenaire

Nom et adresse de l'employeur :

Tâche : _____ heures / semaine

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Nom et adresse du médecin connaissant le mieux l'état de santé de l'enfant :

Tél. : _____

L'enfant est-il suivi par un médecin pour un problème particulier (audition, vision, psychomoteur...) oui non

Si oui, lequel ? _____

L'enfant a-t-il une maladie chronique, une allergie ou une intolérance ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

Suit-il un traitement particulier ? oui non
Si oui, lequel ? _____

Doit-il prendre des médicaments lors de son séjour à la Maison Relais ? oui non

Si oui, une ordonnance médicale avec la posologie exacte est à joindre obligatoirement.
L'enfant nécessite-t-il un régime alimentaire spécifique ?

- pour des raisons médicales p. ex. intolérance au lactose, diabète, allergie alimentaire? oui non
Si oui, lequel ? _____
(dans ce cas, un certificat médical est à joindre obligatoirement)

- pour des raisons religieuses? oui non
Si oui, lequel ? _____

Autres renseignements importants : _____

Personnes autorisées à reprendre l'enfant (autres que les parents)

Prière de remplir la liste en annexe et de joindre obligatoirement pour chaque personne une copie de la carte d'identité.
La liste des personnes autorisées est également disponible sur le site www.kaerjeng.lu.

Autorisation supplémentaire des parents :

Par la présente, nous autorisons des prises de photos et des enregistrements vidéo de notre enfant pour les besoins multiples du Service d'Education et d'Accueil.

oui non

_____, le ____ / ____ / 2024

nom et prénom du responsable légal

signature du responsable légal

Réservé au secrétariat

Date d'entrée : _____
Groupe : _____
Complet : _____
Numéro client : _____
SF / SP : _____ / _____ h / sem.

	demandé le	reçu le
<input type="checkbox"/> certificats de résidence élargi	_____	_____
<input type="checkbox"/> certificat de travail du responsable légal	_____	_____
<input type="checkbox"/> certificat de travail du conjoint / partenaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> certificat congé maternité / parental	_____	_____
<input type="checkbox"/> copie carte sécurité sociale de l'enfant	_____	_____
<input type="checkbox"/> copie carte de vaccination	_____	_____
<input type="checkbox"/> ordonnance médicale avec posologie exacte	_____	_____
<input type="checkbox"/> certificat médical concernant régime alimentaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> liste des personnes autorisées à reprendre l'enfant et copies des cartes d'identité	_____	_____
<input type="checkbox"/> ROI (paraphé et signé)	_____	_____
<input type="checkbox"/> copie carte d'identité enfant	_____	_____
<input type="checkbox"/> copie carte d'identité du responsable légal	_____	_____
<input type="checkbox"/> copie carte d'identité du conjoint / partenaire	_____	_____