

**LA PERSONNE RESPONSABLE**     mère     père     tuteur

Nom			
Prénom			
Rue/numéro			
Localité	L-		
Téléphone			
Reprise du travail en date du			
Adaptation souhaité à partir du			

*(2 à 4 semaines avant la reprise du travail, dont minimum 2 semaines obligatoires)*

**INSCRIT L’ENFANT** (à remplir si l’enfant est déjà né)

Nom															
Prénom															
Matricule															

**AU FOYER DE JOUR KORNASCHT  
PENDANT LES PÉRIODES SCOLAIRES 2017-2018 AUX PLAGES SUIVANTES:**

PLAGES D’INSCRIPTION	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Plage I:    7.00 - 8.00					
Plage II:    8.00 - 9.00					
Plage III:    9.00 - 11.00					
Plage IV:    11.00 - 12.00					
Plage V:    12.00 - 14.00					
Plage VI:    14.00 - 16.00					
Plage VII:    16.00 - 17.00					
Plage VIII:    17.00 - 18.00					
Plage IX:    18.00 - 19.00					

*Vous êtes priés de cocher uniquement les cases dont vous avez réellement besoin. Un changement n’étant plus possible par la suite pour le mois de septembre 2017.*

Je serai informé(e) par écrit dans les meilleurs délais si ma demande est retenue. Je suis au courant que toutes les plages indiquées me seront facturées. J’ai pris connaissance que cette inscription reste valable jusqu’à l’annulation de ma part ou d’un changement de la part de l’administration communale (modalités stipulées au contrat d’accueil).

**PIÈCES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

1. Copie de la carte d’identité de l’enfant
2. Copie de la carte de sécurité sociale de l’enfant
3. Copie de la carte de vaccination de l’enfant
4. Copie de la carte « Chèque-service Accueil » de l’enfant

Le prix de la prise en charge est déterminé par le système « Chèque-service Accueil ».

*Veillez noter qu’il est obligatoire de fournir des copies étant donné qu’il n’y a pas de possibilité de faire des copies sur place.*

**ANNEXES ET PIÈCES À REMETTRE DÛMENT REMPLIES ET SIGNÉES LE JOUR DE L’INSCRIPTION**

1. Demande d’inscription au Foyer de Jour Kornascht pour l’année scolaire 2017-2018  
1<sup>re</sup> page de cette feuille)
2. Fiche de renseignements
3. Fiche de congé pour les périodes en dehors des vacances scolaires 2017-2018
3. Certificat(s) d’emploi (+ plans de travail actuels pour les inscriptions selon plan)
4. Certificat médical attestant la maladie (en cas de grave problème de santé d’un parent)
5. Certificat médical en cas d’allergie ou d’intolérance de l’enfant (si l’enfant est déjà né)
6. Copie du jugement en cas de divorce
7. Copie de la carte d’identité des personnes autorisées à reprendre l’enfant

**LES DEMANDES INCOMPLÈTES NE POURRONT PAS ÊTRE PRISES EN COMPTE !**

On ne fait pas de copies lors de l’inscription.

Veillez noter que:

- après chaque changement de la situation de travail, vous êtes obligés d’en informer le Département scolaire et de l’enfance – Structures d’accueil dans les meilleurs délais;
- l’inscription est en principe annuelle, basée sur le calendrier scolaire.

Je certifie fournir les documents mentionnés ci-dessus afin de faire ma demande d’inscription au Foyer de Jour Kornascht pour la rentrée scolaire 2017/2018. Je suis au courant que les demandes incomplètes ne seront pas prises en compte.

Signature de la personne responsable:

**FICHE DE CONGÉ POUR LES PÉRIODES EN DEHORS DES VACANCES SCOLAIRES 2017-2018**
**LA PERSONNE RESPONSABLE**     mère     père     tuteur

Nom			
Prénom			
Rue/numéro			
Localité	L-		
Téléphone			

**ENFANT** (à remplir si l'enfant est déjà né)

Nom															
Prénom															
Matricule															

**Suite aux congés de notre part, notre enfant ne fréquentera pas le Foyer de Jour Kornascht pendant les périodes suivantes:**

du		au		inclus
du		au		inclus
du		au		inclus
du		au		inclus
du		au		inclus
du		au		inclus

**ATTENTION!** Veuillez noter que tout congé de votre enfant doit être communiqué au moins 5 semaines à l'avance. Passé ce délai, il est impératif de fournir une copie d'un certificat de congé d'un des parents ou d'un certificat de maladie, sinon les jours inscrits au préalable seront facturés.

**J'ai pris connaissance que mon enfant n'est pas inscrit pendant ce temps jusqu'à modification de ma part.**

Date et signature

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Nom	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Prénom	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
<small>(si connu si l'enfant n'est pas encore né)</small>				
Rue/numéro	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Localité	L-	<input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 450px;" type="text"/>	
Matricule	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
<small>(à remplir si l'enfant est déjà né)</small>				
Date de naissance prévue	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
<small>(si l'enfant n'est pas encore né)</small>				
Lieu de naissance / Lieu prévu de l'accouchement	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nationalité	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Sexe	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	masculin	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	féminin
Lingue(s) parlée(s) par l'enfant	Lux.	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	Fran.	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
	All.	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	Port.	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
	Ital.	<input style="width: 30px;" type="checkbox"/>		
Autres, à préciser	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Religion	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Votre enfant porte-t-il encore des couches (pampers)?				Oui <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>
<small>(à remplir si l'enfant est déjà né)</small>				
Votre enfant a-t-il des frères et sœurs? (nom + âge)				
	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
	<input style="width: 100%;" type="text"/>			

**INFORMATIONS SUR LES PARENTS / TUTEURS**
**1RE PERSONNE DE RÉFÉRENCE**

Nom	<input type="text"/>	
Prénom	<input type="text"/>	
Lien parenté	<input type="checkbox"/> mère	
	<input type="checkbox"/> père	
	<input type="checkbox"/> tuteur	
État civil	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié
	<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> pacs
	<input type="checkbox"/> veuf	
	<input type="checkbox"/> en instance de divorce depuis le	<input type="text"/>
	(Pièces à joindre)	
Rue/numéro	<input type="text"/>	
Localité L-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	
GSM	<input type="text"/>	
Lieu travail	<input type="text"/>	
Tél. travail	<input type="text"/>	
vivant avec l'enfant	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
autorisé à reprendre l'enfant	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	<b>jugement à joindre, si existant</b>	
à contacter en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
nombre d'enfant à charge	<input type="text"/>	

**2IÈME PERSONNE DE RÉFÉRENCE**

Nom	<input type="text"/>	
Prénom	<input type="text"/>	
Lien parenté	<input type="checkbox"/> mère	
	<input type="checkbox"/> père	
	<input type="checkbox"/> tuteur	
État civil	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> marié
	<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> pacs
	<input type="checkbox"/> veuf	
	<input type="checkbox"/> en instance de divorce depuis le	<input type="text"/>
	(Pièces à joindre)	
Rue/numéro	<input type="text"/>	
Localité L-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	
GSM	<input type="text"/>	
Lieu travail	<input type="text"/>	
Tél. travail	<input type="text"/>	
vivant avec l'enfant	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
autorisé à reprendre l'enfant	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	<b>jugement à joindre, si existant</b>	
à contacter en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
nombre d'enfant à charge	<input type="text"/>	

**Droit de garde de l'enfant:**

 Père:  oui  non\*      Mère:  oui  non\*      Tuteur:  oui  non\*

**Autorité parentale:**

 Père:  oui  non\*      Mère:  oui  non\*      Tuteur:  oui  non\*

\* Si non: preuve du jugement à joindre en annexe

Si durant l'année scolaire une des données devrait changer (téléphone ou autre), il est important d'en informer immédiatement le responsable du Foyer de Jour Kornascht!

**AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Personnes ayant le droit de recueillir l'enfant respectivement de contacter en cas d'urgence:

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

**Veillez noter que la personne autorisée à accompagner l'enfant doit avoir de préférence 18 ans.**

**AUTRES PERSONNES AYANT LE DROIT DE REPRENDRE L'ENFANT**

Personnes ayant le droit de reprendre l'enfant:

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

Nom et Prénom	<input type="text"/>		
Rue/numéro	<input type="text"/>		
Localité	L- <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Lien avec l'enfant	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	GSM <input type="text"/>	Travail <input type="text"/>

**Veillez noter que la personne autorisée à accompagner l'enfant doit avoir de préférence 18 ans, veuillez joindre une copie de la carte d'identité de la/des personne(s) énumérée(s) ci-avant.**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** (à remplir si l'enfant est déjà né, sinon le jour de l'adaptation):

Les renseignements médicaux sont traités par le personnel des maisons relais de façon strictement confidentielle.

Caisse de maladie	<input style="width: 100%;" type="text"/>
-------------------	---

Médecin traitant (Nom et Prénom)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Téléphone du médecin traitant	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Localité du médecin	<input style="width: 100%;" type="text"/>

**L'enfant présente-il des problèmes de santé à l'heure actuelle?**
 L'enfant ne présente pas de problème de santé particulier.

 L'enfant présente le(s) problème(s) suivant(s):

  
  

**Est-ce-que l'enfant doit prendre un médicament?**
 Non

 Oui  Si oui, le(s)quel(s):

  
  

**Est-ce que l'enfant a déjà subi une de ces maladies ou présenté un de ces symptômes?**
 Troubles cardiaques

 Troubles rénaux

 Tuberculose

 Pneumonie

 Troubles de l'estomac

 Diphtérie

 Diabète

 Epilepsie

 Asthme

 Convulsion

 Autres, précisez:



**L'enfant a-t-il des allergies ou des intolérances à certains aliments?**

- Non  
 Oui  Si oui, précisez

Type de réaction:

Aliments interdits:

**L'enfant a-t-il des allergies à certains médicaments (pénicilline, etc.)?**

- Non  
 Oui  Si oui, précisez

Type de réaction:

**L'enfant a-t-il d'autres allergies (animaux, pollens)?**

- Non  
 Oui  Si oui, précisez

Type de réaction:

**La participation à certaines activités sportives lui est-elle formellement interdite par son médecin traitant? (si oui, précisez et ajouter un certificat médical)**



- Je certifie que l'enfant est en bonne santé et à jour de toutes les vaccinations (tétanos en particulier).

**IMPORTANT!** Pour éviter tout incident, veuillez remettre en cas d'allergies ou d'intolérances, un certificat médical lors de l'inscription de votre enfant.

**À cocher:**

Je certifie que les déclarations faites en réponse au présent formulaire sont, à ma connaissance, vraies, complètes et exactes et je prends note que l'équipe éducative du Foyer de Jour Kornascht peut communiquer ces informations à un médecin ou un professionnel de la santé en cas d'urgence.

Je donne mon accord pour que l'enfant soit pris en photo lors des manifestations du Foyer de Jour Kornascht, ainsi qu'à la publication de ces photographies dans la presse ou dans tout autre but non-commercial lié directement aux manifestations, et note que la publication ne donne pas droit à une rémunération.

**Remarques générales:**

Par la présente, je certifie avoir pris connaissance des dispositions et du fonctionnement du Foyer de Jour Kornascht.

Lu et approuvé, le

Signature de la personne responsable: