Ville de Differdange

FOYER DE JOUR KORNASCHT – DEMANDE D'INSCRIPTION

LA PERSONNE RESPONSABLE ☐ mère ☐ père ☐ Tuteur Date de l'inscription:

Nom	
Prénom	
Matricule	☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐
Rue/Numéro	
Localité	L-
Téléphone	
Reprise du travail en date du	
Adaptation souhaitée à partir du	

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

INSCRIT L'ENFANT

Nom	
Prénom	
Matricule	☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐

UNE INSCRIPTION POUR LES VACANCES SCOLAIRES VOUS SERA ENVOYÉE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS.

INSCRIPTION PENDANT LES PÉRIODES SCOLAIRES AUX PLAGES SUIVANTES :

Plages d'inscription		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Plage I	07:00-08:00	☐	☐	☐	☐	☐
Plage II	08:00-09:00	☐	☐	☐	☐	☐
Plage III	09:00-11:00	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐
Fermeture	18:00-19:00	☐	☐	☐	☐	☐

Vous êtes priés de cocher uniquement les cases dont vous avez réellement besoin. Une réduction de plages pourra être appliquée que 5 semaines après la phase d'adaptation.

Je serai informé(e) par écrit dans les meilleurs délais si ma demande est retenue. Je suis au courant que toutes les plages cochées 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 DÈS LA NAISSANCE DE L'ENFANT

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 du contrat « Chèque-service Accueil » de l'enfant (comme la carte sera supprimée par le ministère sous peu.) Le prix de la prise en charge est déterminé par le système « Chèque-service Accueil ».

Veuillez 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
2. Fiche de renseignements
3. Certificat(s) d'emploi
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
6. Copie du jugement en cas de divorce ou de séparation
7. Copie du jugement si l'enfant est soumis à l'obligation de fréquenter une structure d'accueil
8. Copie de la carte d'identité des parents / tuteurs
9. Copie de la carte d'identité des personnes autorisées à reprendre l'enfant

Les demandes incomplètes ne pourront pas être prises en compte !

Veuillez noter que:

- Après chaque changement de la situation de travail, vous êtes obligés d'en informer les responsables du Foyer de Jour Kornascht dans les meilleurs délais ;
- L'inscription est prolongée:
  - Sauf annulation de votre part,
  - Sauf si votre enfant a atteint l'âge pour intégrer l'enseignement précoce. Cependant le contrat pourra être prolongé si l'enfant ne fréquentera pas l'enseignement précoce. Un avenant au contrat vous sera envoyé dans les délais. Ainsi le contrat prendra fin à l'entrée de l'enseignement maternelle, sauf annulation de votre part.

Je certifie fournir les documents mentionnés ci- dessus afin de faire ma demande d'inscription au Foyer du Jour Kornascht. 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

LA PERSONNE RESPONSABLE ☐ mère ☐ père ☐ tuteur

Nom	
Prénom	
Rue/Numéro	
Localité	L-
Téléphone	

INSCRIT L'ENFANT

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 toute absence de votre enfant doit être communiquée au moins 5 semaines ouvrables à l'avance. Passé ce délai, les plages inscrites au préalable seront facturées. À l'exception d'une visite médicale et/ou d'une maladie de l'enfant, justifiées par un certificat médical.

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	
Prénom	
Rue/Numéro	
Localité	L-
Téléphone	
Matricule	
Lieu de naissance	
Nationalité	
Sexe	☐ masculin ☐ féminin
Langue(s) parlée(s) par l'enfant	Lux. ☐ Fran. ☐ All. ☐ Port. ☐ Ital. ☐
Autres, à préciser	
Religion	
Votre enfant porte-t-il encore des couches (pampers) ?	Oui ☐ Non ☐
Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ? (nom + âge)	

INFORMATIONS SUR LES PARENTS / TUTEURS

1re Personne de référence		2ième Personne de référence	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien de parenté	☐ mère ☐ père ☐ tuteur → ☐ jugement	Lien de parenté	☐ mère ☐ père ☐ tuteur → ☐ jugement
État civil	☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacs ☐ veuf/veuve ☐ divorcé(e) (pièces à joindre) ☐ en instance de divorce depuis le ☐ (pièces à joindre)	État civil	☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacs ☐ veuf/veuve ☐ divorcé(e) (pièces à joindre) ☐ en instance de divorce depuis le ☐ (pièces à joindre)
Rue/numéro		Rue/numéro	
Localité L-		Localité L-	
Tél. / GSM		Tél. / GSM	
E-mail		E-mail	
Lieu de travail		Lieu de travail	
Tél. travail		Tél. travail	
vivant avec l'enfant	oui ☐ non ☐	vivant avec l'enfant	oui ☐ non ☐
autorisé à reprendre l'enfant (**jugement à joindre, si existant)**	oui ☐ non ☐	autorisé à reprendre l'enfant (**jugement à joindre, si existant)**	oui ☐ non ☐
à contacter en cas d'urgence	oui ☐ non ☐	à contacter en cas d'urgence	oui ☐ non ☐
nombre d'enfant à charge		nombre d'enfant à charge	

Droit de garde:

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 au cours de l'année une des données change (téléphone ou autre), il est important d'en informer immédiatement les responsables du Foyer de Jour Kornascht!

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET PERSONNES AYANT LE DROIT DE REPRENDRE L'ENFANT

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET PERSONNES AYANT LE DROIT DE REPRENDRE L'ENFANT

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Nom et Prénom					
Rue/Numéro					
Localité	L-				
Lien avec l'enfant					
Téléphone privé		GSM		Travail	

Les renseignements médicaux sont traités par le personnel du Foyer de Jour Kornascht de façon strictement confidentielle.

Caisse de maladie	
Médecin traitant (Nom et Prénom)	
Téléphone du médecin traitant	
Localité du médecin	

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) problèmes(s) suivant(s):

EST-CE QUE L'ENFANT DOIT PRENDRE UN MÉDICAMENT?

☐ Non

☐ Oui ☐ Si oui, le(s) quel(s) (certificat médical à fournir)

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 (certificat médical à fournir)

Type de réaction:

Aliments interdits ou autres restrictions alimentaires:

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES À CERTAINS MÉDICAMENTS (PÉNICILLINE, ETC.)?

☐ Non

☐ Oui ☐ Si oui, précisez (certificat médical à fournir)

Type de réaction:

L'ENFANT A-T-IL D'AUTRES ALLERGIES (ANIMAUX, POLLENS)?

☐ Non

☐ Oui ☐ Si oui, précisez (certificat médical à fournir)

Type de réaction:

LA PARTICIPATION À CERTAINES ACTIVITÉS SPORTIVES LUI EST-ELLE FORMELLEMENT INTERDITE PAR SON MÉDECIN TRAITANT?

(si oui, précisez et ajoutez 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.

☐ Je donne mon accord pour que mon enfant soit pris en photo lors de son séjour au Foyer de Jour Kornascht, les photos seront utilisées pour la documentation du portfolio de l'enfant qui lui sera remis à la fin de son séjour.

☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités extérieures organisées sous la responsabilité des agents éducatifs au foyer de jour Kornascht pendant l'année, à l'exception des cas signalés par les parents (problèmes de santé de l'enfant). Le personnel éducatif e donne toutes les informations relatives à cette activité quelques jours à l'avance.

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: