

DEMANDE D'INSCRIPTION MAISON RELAIS – Période scolaire

Année scolaire : _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

Date de naissance: _____

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 1 (enlèvement bus) OU Accueil midi 2 OU Restauration OU Accueil de midi	<input type="checkbox"/> 12:00 – 12:15	<input type="checkbox"/> 12:00 – 12:15	<input type="checkbox"/> 12:00 – 12:15	<input type="checkbox"/> 12:00 – 12:15	<input type="checkbox"/> 12:00 – 12:15
	<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 – 13:50		<input type="checkbox"/> 13:30 – 13:50		<input type="checkbox"/> 13:30 – 13:50
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

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:

Année scolaire :

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° Carte CSA:

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 suit un régime alimentaire **pesco-végétarien** ?
(végétarien + poissons, fruits de mer etc) **NON**

OUI Est-ce que votre enfant suit un régime alimentaire **pollo-végétarien** ?
(végétarien + poulet, viande de volaille...) **NON**

OUI Est-ce que votre enfant suit un régime alimentaire **pollo-pesco-végétarien** ?
(végétarien + poulet, viande de volaille + poissons, fruits de mer etc) **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:

Année scolaire : _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° 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** ? NON
Suit-il un traitement spécifique/ une médication particulière ?
→ 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:

Année scolaire: _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° Carte CSA: _____

RESPONSABLE PRINCIPAL <small>= Signataire de cette demande</small>	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: _____												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">OUI Cette personne peut demander de modifier l'inscription</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NON</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>OUI Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>OUI Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> </table>		<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"/>
<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: _____												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">OUI Cette personne peut demander de modifier l'inscription</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NON</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OUI Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OUI Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> </table>		<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"/>
<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: _____													
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">OUI Cette personne peut demander de modifier l'inscription</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;">NON</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OUI Cette personne peut récupérer l'enfant de la maison relais</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>OUI Cette personne est à contacter en cas d'urgence médicale</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> </table>		<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
	<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:														

Année scolaire: _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° Carte CSA: _____

PERSONNE 4	Nom et Prénom: _____	
	Matricule: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Téléphone(s): _____	
	Lien avec l'enfant: _____	
	<u>Signature d'un RESPONSABLE:</u>	
<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

Année scolaire: _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° 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 la responsabilité du SEA, mais **sous l'entière responsabilité de ces parents** dès qu'il quitte au moment indiqué par les parents le bâtiment du SEA.

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature:

Année scolaire: _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° 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 de la commune ») 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) ?
Nous vous contacterons avant chaque excursion prolongée / distante. **NON**

réservé à l'administration

Nom, prénom et signature:

DEMANDE D'INSCRIPTION vacances scolaires

Année scolaire: _____

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

Nom et prénom(s) de l'enfant: _____

N° 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 au 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:

ADMISSION

CE DOSSIER CONSTITUE UNIQUEMENT UNE DEMANDE D'INSCRIPTION

Les parents seront informés de l'admission (ou non) de leur enfant **par écrit** dans les meilleurs délais.

L'admission se fait pour un trimestre et se prolonge automatiquement au prochain trimestre de l'année scolaire, sauf résiliation, de part ou d'autre, au plus tard 2 semaines avant le début du trimestre concerné.

FERMETURES EXCEPTIONNELLES

La Maison relais est fermée les jours fériés légaux et le jour précédant la rentrée des classes de l'année scolaire (14.09.2023). Deux semaines de congé collectif sont prévues pour Noël.

EXCLUSION

En cas de manquements répétés aux règlements par l'enfant ou sa famille, l'enfant peut être exclu temporairement ou définitivement. Une copie des règlements sera distribuée aux parents le premier jour que l'enfant visite la Maison Relais. L'exclusion peut être prononcée en cas de non-paiement des factures de la Maison relais.

PARTICIPATION FINANCIERE DES PARENTS

La participation financière des parents est calculée selon le système du chèques-service-accueil.

Les participations sont calculées en fonction de l'inscription, non de la présence réelle.

Les plages horaires sont facturées de la manière suivante :

Service	Horaire	Description	Heures	Repas
Période scolaire				
Accueil matinal	07:00-08:00	Surveillance et encadrement	1,00	0
Accueil de midi	12:00-12:30	Surveillance et encadrement	0,50	0
Restauration	12:00-13:50 (Lu, Me, Ve)	Restauration	2,00	1
Restauration	12:00-14:00 (Ma, Je)	Restauration suivie par aide aux devoirs	2,00	1
Accueil de midi	13:30-14:00 (Lu, Me, Ve)	Surveillance et encadrement	0,50	0
Accueil après-midi	15:50 – 16:00 (Lu, Me, Ve)	Surveillance et encadrement	0,25	0
Encadrement AM1	14:00-16:00 (Ma, Je)	Projets pédagogiques, activités éducatives et ludiques ; Aide aux devoirs	2,00	0
Encadrement AM2	16:00-17:00 (Lu-Ve)	Collation, activités et projets Aide aux devoirs les lundis et mercredis	1,00	0
Accueil AM1	17:10-18:00	Jeu libre	1,00	0
Accueil AM2	18:00-19:00	Surveillance et encadrement, jeu libre	1,00	0
Période des vacances				
Accueil matinal 1	7:00-8:00	Surveillance et encadrement	1,00	0
Accueil matinal 2	8:00-9:00	Surveillance et encadrement	1,00	0
Petit-déjeuner	9:00-10:00	Petit-déjeuner	1,00	0
Encadrement matinal 3	10:00-12:00	Activités et projets pédagogiques	2,00	0
<u>Restauration</u>	12:00-14:00	Restauration	2,00	1
Encadrement AM1	14:00-16:00	Activités et projets pédagogiques	2,00	0
Encadrement AM 2	16:00-17:00	Collation, activités et projets pédagogiques	1,00	0
Accueil AM1	17:00-18:00	Surveillance et animation	1,00	0
Accueil AM2	18:00-19:00	Surveillance, jeu libre	1,00	0

Toute plage horaire commencée est facturée dans son intégralité, aussi si l'enfant n'était pas inscrit au préalable.

Les parents doivent prévenir le SEA de l'absence de leur enfant au plus tard pour 8:30 heures du jour concerné. Dans ce cas, le repas de midi ne sera pas facturé. Les absences excusées pour raison de maladie, confirmées par certificat médical ne sont pas facturées.

MODIFICATION DE L'INSCRIPTION

La modification de la demande est considérée comme résiliation de l'ancienne demande et remplacement par la nouvelle demande. **La commune décide donc ensuite de l'admission de l'enfant à tous les services demandés, non seulement des modifications demandées.** Les modifications se font uniquement au début d'une période de facturation chèque-service-accueil (+- mensuellement), et uniquement sur préavis de 4 semaines au moins.

PROFESSIONS LIBERALES

Pour bénéficier de la priorité d'admission accordée aux parents qui travaillent, veuillez joindre un certificat d'affiliation établi par le Centre Commun de la Sécurité Sociale (www.ccss.lu/certificats/assures/).

CONTACT

Vous pouvez nous contacter par **téléphone** au 35 84 31 50, par courrier électronique maison.relais@waldbredimus.lu ou vous rendre **au bureau de la chargée de direction, 25, rue de l'Eglise à Trintange.**

Vous trouverez plus d'informations sur notre site internet www.bous-waldbredimus.lu

Adresse postale: **Commune de Bous-Waldbredimus, SEA Am Kiischtenascht, 25, rue de l'Eglise, L-5460 Trintange.**