



Fiche d'Inscription supplémentaire au SEA Lorentzweiler

**"SUMMERAKTIVITEITEN 2026"** du 16.07.2026 au 30.07.2026

**I: ENFANT**

Nom	
Prénom	
Adresse	
Matricule	
Nationalité	

**Cycle fréquenté durant l'année scolaire 2024-2025:**

Niveau de classe	Cycle 1	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4
Cycle fréquenté pendant l'année scolaire <b>2025-2026</b>	<input type="checkbox"/> Précoce	<input type="checkbox"/> 2.1	<input type="checkbox"/> 3.1	<input type="checkbox"/> 4.1
	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.2	<input type="checkbox"/> 4.2
	<input type="checkbox"/> 1.2			

**Restauration:**

<b>Allergies ou intolérances sans risque de choc anaphylatique</b> doivent être certifiées par écrit par votre médecin traitant
Aliments à exclure:
<b>Régimes alimentaires</b> (pas de porc, végétarien...) Meri de nous indiquer les aliments, que votre enfant <u>ne doit PAS manger</u> . Nous respecterons vos indications dans la mesure du possible
Aliments à exclure:

**Informations médicales:**

	OUI	NON
<b>Maladie</b> (besoins de traitements médicaux spécifiques) Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme, affection cardiaque, etc)		
<b>Allergies</b> pouvant entraîner un <b>choc anaphylatique</b> ?		
<b>Si oui pour choc anaphylatique</b> , il est <b>impératif de fournir le PAI</b> (Projet d'Accueil Individualisé) par écrit par votre médecin traitant et de joindre le <b>Plan d'Action d'Urgence</b> correspondant.		



<b>Produits de soin:</b>		
Dans le cadre des soins quotidiens, j'autorise/nous autorisons le personnel éducatif à utiliser les produits énumérés ci-dessous		
	OUI	NON
Hibidil Spray pour désinfecter		
Arni Stick / Crème contre les coups et hématomes		
Systral en cas de piqûres d'insectes et coups de soleil		
Crème protectrice Penaten, Mitosyl etc		
Crème Flavigel anibrûlure		
Crème solaire pour protéger la peau du soleil		

## II. REPRESENTANT LEGAUX

	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre *	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre *
Nom		
Prénom		
Matricule		
Adresse	Identique à l'enfant	Identique à l'enfant
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si "NON"		
Langues parlées		
E-mail		
GSM		
Tél travail		

\* Si mère/père n'est pas le tuteur légal, alors preuve requise du jugement/référé

### Cas d'urgence :

<b>Nom, Prénom et no. de Tél de contact AUTRES QUE LES PARENTS</b>			
	Nom	Prénom	Téléphone
1			
2			
3			

**Veuillez noter que vous devez remettre une "autorisation" parentale pour tierces personnes avec copie de la carte d'identité au cas où d'autres personnes que les tuteurs légaux étaient amenées à venir chercher votre/vos enfant(s)**

Lieu et Date : \_\_\_\_\_

Signature Mère : \_\_\_\_\_ Signature Père : \_\_\_\_\_