

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR UNE FORMATION CHEZ ELISABETH JEUNESSE

Documents à remettre et procédures à suivre pour les formations organisées par elisabeth Jeunesse au Luxembourg ou à l'étranger

Les jeunes doivent obligatoirement remettre les pièces suivantes au service elisabeth Jeunesse dans les meilleurs délais :

- La fiche avec les coordonnées du participant
- La fiche d'inscription du participant
- Le consentement parental (uniquement pour mineurs)
- La fiche de santé du participant
- Une copie de leur carte d'identité ou leur passeport
- Une copie de leur carte de vaccination (recto-verso)
- Une copie de leur carte de sécurité sociale (recto-verso)
- L'autorisation parentale établie par l'administration communale (uniquement pour les séjours à l'étranger)
- L'autorisation parentale pour l'administration des médicaments (si nécessaire)

COORDONNEES DU PARTICIPANT

Persönliche Daten des Teilnehmers

<u>Nom</u> Name	<u>Prénom</u> Vorname
<u>Adresse</u> N° _____ rue _____ <i>Anschrift</i>	
CP _____ lieu _____	
<u>Matricule</u> <input type="text"/>	
<u>Nationalité</u> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> Autres _____ <i>Nationalität</i>	
<u>Sexe</u> <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> autre <i>Geschlecht</i> <i>Weiblich</i> <i>Männlich</i> <i>anders</i>	
<u>Langues parlées à domicile</u> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> Autres _____ <i>Sprachen die zu Hause gesprochen werden</i>	

Représentants légaux

Erziehungsberechtigte Personen

Personne de contact (Représentant légal 1) Kontaktperson (Erziehungsberechtigte Person 1)	Représentant légal 2 Erziehungsberechtigte Person 2
<u>Nom</u> Name	<u>Nom</u> Name
<u>Prénom</u> Vorname	<u>Prénom</u> Vorname
<u>Parenté</u> <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre _____ <i>Verwandschaftsgrad</i>	<u>Parenté</u> <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre _____ <i>Verwandschaftsgrad</i>
<u>Adresse</u> N° _____ rue _____ <i>Anschrift</i>	<u>Adresse</u> N° _____ rue _____ <i>Anschrift</i>
CP _____ lieu _____	CP _____ lieu _____
<u>Tél privé</u> Tel Privat	<u>Tél privé</u> Tel Privat
<u>GSM</u> Handy	<u>GSM</u> Handy
<u>e-mail</u>	<u>e-mail</u>

Autorité parentale ne vivant pas avec l'enfant

Erziehungsberechtigte Person die nicht mit dem Kind zusammen lebt

<u>Nom</u> Name	<u>Tél privé</u> Tel Privat
<u>Prénom</u> Vorname	<u>GSM</u> Handy
<u>Adresse</u> N° _____ rue _____ <i>Anschrift</i>	<u>e-mail</u>
CP _____ lieu _____	<u>Parenté</u> <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> autre _____ <i>Verwandschaftsgrad</i>
<u>Autorisé/e à reprendre l'enfant</u> <i>Berechtigt das Kind abzuholen</i>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>ja</i> <i>nein</i>
<u>Décision du juge (Copie du jugement)</u> <i>Richterliche Entscheidung (Kopie des Urteils)</i>	<input type="checkbox"/> <u>oui</u> <input type="checkbox"/> <u>non</u> <i>ja</i> <i>nein</i>

Remarques

Bemerkungen

Fiche d'inscription Einschreibungsformular

Par la présente, je soussigné _____ père / mère / tuteur
(biffer ce qui ne correspond pas)

confirme que mon enfant _____ (nom et prénom) participe
à la formation _____ (nom de la formation),
du _____ (date début) au _____ (date fin) à _____ (lieu), organisé par
elisabeth Jeunesse.

Afin de disposer de toutes les données nécessaires pour préparer le séjour, veuillez nous communiquer s.v.p. les informations suivantes :

- Numéro de téléphone (également en cas d'urgence)

☎ : _____

☎ : _____

- Spécificités de votre enfant (p.ex. lunettes, appareil dentaire, etc.) :

- Allergies (si oui, précisez) :

- Régime alimentaire (précisez vegan, végétarien, autre)

- Taille: _____ cm Pointure: _____ Poids: _____ kg Tour de tête : _____ cm

Pour finaliser votre inscription, veuillez renvoyer tous les documents dans les meilleurs délais **par E-Mail à jeunesse@elisabeth.lu**. Les originaux sont à envoyer au moins une semaine à l'avance par courrier à l'adresse suivante :

elisabeth Jeunesse
Service formations pour jeunes
B.P. 840
L-2018 Luxembourg

Veuillez agréer, chers parents, l'expression de nos salutations distinguées.

L'équipe elisabeth Jeunesse

ANNEXE 1 : Consentement parentale

Einverständniserklärung für Minderjährige

Cette fiche est obligatoire pour les participants mineurs

Déclaration de consentement parentale

Par la présente, je soussigné _____ père / mère / tuteur (biffer ce qui ne correspond pas)

autorise mon enfant _____ (nom et prénom) à participer
à la formation _____ (nom de la formation),

du _____ (date début) au _____ (date fin) à _____, organisé par
elisabeth Jeunesse.

J'ai pris connaissance des informations et des règlements concernant la formation et je les accepte.

Nous demandons à tous les participants mineurs d'apporter cette déclaration de consentement complétée et signée par le(s) parent(s) ou le(s) tuteur(s) le jour de la formation.

L'équipe *elisabeth Jeunesse*

_____, ____ / ____ / _____

Lieu et date

Nom des parents/tuteurs

Signature(s) du(des) parent(s) / tuteur(s)

ANNEXE 2 : Règlement de formation

Regeln für Aus- und Weiterbildungen

Chers parents/tuteurs

Vous avez décidé de nous confier votre jeune pour une formation au Luxembourg ou à l'étranger. Par conséquent, nous sommes responsables de son bien-être pendant cette période. Afin de garantir le bon déroulement de ce séjour nous nous permettons de vous soumettre le règlement suivant.

1. Le service « elisabeth Jeuensse » se réserve le droit d'annuler la formation si le nombre d'inscriptions n'est pas assez important. Dans ce cas, les frais de participation vous seront remboursés.
2. Les parents/tuteurs s'engagent à nous communiquer par écrit toutes les données de l'enfant (maladie, troubles du comportement, handicap.....) nécessaires pour assurer le bon déroulement de la formation et du séjour.
3. Le jeune respecte les heures de sortie ainsi que les conditions établies par les formateurs.
4. La consommation de drogues est strictement interdite pendant la durée du séjour.
5. L'autorisation de consommation de boissons alcoolisées et de cigarettes peut seulement être accordée en fonction des lois du pays visité.
6. Les parents/tuteurs doivent être joignables par téléphone pendant toute la durée du séjour. Veuillez vérifier que les données de contact fournies soient correctes et lisibles.
7. Le service « elisabeth Jeuensse » ne prend aucune responsabilité pour les objets de valeur.
8. En cas de non-respect du règlement ou si pour des raisons de santé, le jeune ne peut plus participer aux activités lors de la formation, les formateurs du séjour se réservent le droit de renvoyer le jeune à la maison. Dans le cas d'un renvoi d'un jeune, les parents/tuteurs s'engagent à venir chercher le jeune et prennent en charge les frais encourus.
9. Nous vous prions d'arriver ponctuellement au lieu de rendez-vous. Les participants y seront accueillis par les formateurs du service « elisabeth Jeuensse », qui accompagneront le groupe pendant toute la formation.

Nom des parents/tuteurs

Nom du jeune

Date et signature des parents/tuteurs

Date et signature du jeune

ANNEXE 3: Fiche de santé

Persönliche Daten des Teilnehmers

Toutes les rubriques/questions doivent être remplies
pour que la fiche puisse être considérée comme complète !

COORDONNEES DU PARTICIPANT

Persönliche Daten des Teilnehmers

<u>Nom</u> Name	<u>Prénom</u> Vorname
<u>Matricule</u> Sozialversicherungsnr.	<input type="checkbox"/>

ETAT DE SANTE ACTUEL DU PARTICIPANT

Aktueller Gesundheitszustand des Teilnehmers

<u>L'état de santé, présente-il des particularités à considérer?</u> <i>Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, lesquelles? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Souffrez-vous d'une maladie chronique (p.ex. diabète, épilepsie, etc.)?</u> <i>Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? (z. B. Diabetes, Epilepsie, usw.)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Suivez-vous un traitement/une médication particulière?</u> <i>Sind Sie in spezieller Behandlung / nimmt es spezielle Medikamente?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Souffrez-vous d'une allergie?</u> <i>Leiden Sie an einer Allergie?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Pourriez-vous participer à toutes les activités, sports, etc. ?</u> <i>Können Sie an allen Tätigkeiten, Sportarten usw. teilnehmen?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si non, lesquelles sont à éviter?</u> <i>Wenn nicht, welche sind zu vermeiden?</i>				

Alimentation

Ernährung

<u>Souffrez-vous d'une allergie de l'alimentation?</u> <i>Haben Sie eine Lebensmittelallergie?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, de laquelle? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Souffrez-vous d'une intolérance de l'alimentation?</u> <i>Haben Sie eine Lebensmittelintoleranz?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, laquelle? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Suivez-vous un certain régime alimentaire?</u> <i>Ernähren Sie sich nach einer speziellen Diät oder Essgewohnheit?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
<u>Si oui, lequel? / Wenn ja, welche?</u>				
<u>Certificat médical précisant les intolérances alimentaires ?</u> <i>Ärztliche Verordnung zur Nahrungsmittelunverträglichkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein

Intervention consignée par un médecin traitant

Durch den behandelnden Arzt erfasste Intervention

Certificat médical: restriction sport <i>Ärztliche Verordnung: sportliche Einschränkung</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Ordonnance médicale: médicaments en cas de maladie chronique <i>Ärztliche Verordnung: zu verabreichende Medikamente bei chronischer Krankheit</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Existe-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)? <i>Besteht ein PAI?</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Si oui, lequel? / Wenn ja, welcher?				

Soins quotidiens

Tägliche Pflege

Dans le cadre des soins quotidiens et/ou de blessures, le personnel utilisera exclusivement les produits de cette liste.
Le participant peut-il recevoir les soins avec les produits suivants ?
*Zur täglichen Pflege und/oder bei Verletzungen werden **ausschließlich** die nachstehenden Produkte verwendet. Darf der Teilnehmer mit diesen Produkten versorgt werden?*

Cedixidin: spray désinfectant pour désinfecter les petites blessures <i>Desinfektion von kleinen Wunden</i>	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Arnica naturel: gel en cas d'hématomes / bei Prellungen und Blutergüssen	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Physiologica: solution pour nettoyer le nez ou l'œil / Lösung zur Reinigung von Nase / Auge	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Purigel: en cas de piqûres d'insectes / bei Insektenstichen	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
Crème solaire: protection solaire / regulärer Sonnenschutz	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein

Tiques

Zecken

Je donne mon accord afin que le personnel puisse enlever les tiques à mon enfant. J'en serai immédiatement informé.
Ich gebe mein Einverständnis ggf. Zecken bei meinem Kind sofort zu entfernen. Ich werde unverzüglich darüber informiert.

	<input type="checkbox"/>	<u>oui</u> ja	<input type="checkbox"/>	<u>non</u> nein
--	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------

J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et **d'informer par écrit immédiatement** les responsables de tout changement y relatif.

*Ich bin mir bewusst, dass es in meiner Verantwortung liegt, dafür zu sorgen, dass die Informationen über den Gesundheitszustand meines Kindes aktualisiert werden und ich die Verantwortlichen **unverzüglich schriftlich** über alle Änderungen informiere.*

Lieu:
Ort:

Date:
Datum

Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

Médicament 2 :

L'administration du médicament _____
nom du médicament

- Mon enfant suit un traitement médical **temporaire**.
 Mon enfant suit un traitement médical de manière **régulière**.
 Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou **Projet d'Accueil Individualisé**).

Suivant l'ordonnance médicale **pour cette maladie**, le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :

à partir du ____/____/____ (date)

et jusqu'au ____/____/____ (date).

_____ fois par jour ,

aux heures suivantes : ____ / ____ / ____ (hres)

Le médicament est à conserver au réfrigérateur oui non.

Remarques Anmerkungen

Autorisation: Erlaubnis

Par la présente je donne délégation d'acte d'aide au personnel du service « elisabeth Jeunesse » en charge de la garde de mon enfant, afin qu'il puisse administrer à mon enfant le(s) médicament(s) décrit(s) ci-avant.

Je certifie par la présente que le médicament a été prescrit par le médecin traitant pour la maladie actuelle en cours de mon enfant.

J'ai connaissance qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit le service jeunesse de tout changement important concernant l'administration de ces médicaments à mon enfant. Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale.

Lieu:
Ort:

Date:
Datum

Signature du représentant légal
Unterschrift der erziehungsberechtigten Person

Joindre obligatoirement :

- l'ordonnance médicale en question
- la notice du médicament
- le doseur (cuillère, etc) du médicament

Contact

Gestionnaire : elisabeth - Anne asbl
Service Responsable : elisabeth Jeunesse
Agrément n°: SECO AI/AA 201512/5

E-mail : jeunesse@elisabeth.lu
Site web : www.elisabethjeunesse.lu

N'hésitez pas à nous contacter en cas d'urgence, ou si vous avez des questions sur le déroulement de la colonie. Nous vous prions de bien vouloir conserver cette fiche jusqu'à la fin de du séjour.

Pour finaliser votre inscription, veuillez renvoyer tous les documents dans les meilleurs délais **par E-Mail à jeunesse@elisabeth.lu**. Les originaux sont à envoyer au moins une semaine avant le début de la formation par courrier à l'adresse du service :

elisabeth Jeunesse
Service Camps et Colonies
B.P. 840
L-2018 Luxembourg

Veillez agréer, chers parents, l'expression de nos salutations distinguées.

L'équipe elisabeth Jeunesse