



DEMANDE D'ADMISSION
A LA GARDERIE

ANNEXE 1-A

A remplir par le parent ayant un lien statutaire avec l'institution
et à rendre au secrétariat du :

Centre Polyvalent de l'Enfance
1, rue Albert Borschette
L - 1246 Luxembourg – Kirchberg

Le (la) soussigné(e) : *
 agissant en qualité de *

* *champs obligatoires*

personne ayant la garde légale de l'enfant

cochez la case correspondante

père
 mère

demande l'admission de mon enfant à la Garderie :

Nom : *

Prénom : *

PARENT AYANT UN LIEN STATUTAIRE AVEC L'INSTITUTION

Adresse privée : *

Téléphone privé : *

GSM : *

Institution : *

N° personnel : *

Grade / Echelon : *

Téléphone bureau : *

Adresse électronique : *

Nationalité : *

Etat-civil : *

célibataire

marié(e)

veuf(ve)

séparé(e)

divorcé(e)

concubin(e)

Nbre d'enfants à charge : *

* *champs obligatoires*

CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) DU PARENT AYANT UN LIEN STATUTAIRE AVEC L'INSTITUTION

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Téléphone :

GSM :

Adresse électronique :

Employeur :

Adresse de l'employeur :

ENFANT

Nom : *

Prénom : *

Date de naissance : *

Langue maternelle : *

Ecole européenne : *

Section linguistique à l'EE:*

Classe fréquentée à l'EE à la rentrée de septembre : *

(Ex : 1^{ère} maternelle)

Lux 1

Lux 2

* *champs obligatoires*

Date d'entrée souhaitée : *

FREQUENTATION * (cochez la case correspondante)

plein-temps

mi-temps
vacances scolaires

1 fois par semaine
dépannage

(voir article 3.6 du règlement)

Garderie	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Nbre total par semaine
Matin <i>(enfant non scolarisé)</i>						
Après-midi <i>(enfant non scolarisé)</i>						
Après-midi <i>(enfant scolarisé)</i>						

cochez la case correspondante

REPAS AU CPE

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Nbre total par semaine
Jour(s) demandé(s)						

cochez la case correspondante

Allergie alimentaire

oui

non

cochez la case correspondante

ACCOMPAGNEMENT DE L'ÉCOLE EUROPEENNE VERS LA GARDERIE

A la sortie de l'école :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

cochez la case correspondante

PERSONNE(S) A PREVENIR ET HABILITEE(S) A REPENDRE L'ENFANT * (en cas d'absence des parents) :

PERSONNE 1

Nom :
Prénom :
Adresse privée :
Téléphone privé :
Téléphone bureau :
GSM :

PERSONNE 2

Nom :
Prénom :
Adresse privée :
Téléphone privé :
Téléphone bureau :
GSM :

PERSONNE 3

Nom :
Prénom :
Adresse privée :
Téléphone privé :
Téléphone bureau :
GSM :

AUTORISATION : *

Je soussigné(e), (nom et prénom du parent ou personne ayant la garde de l'enfant) :

reconnais avoir pris connaissance du règlement d'admission et de fonctionnement du Centre Polyvalent de l'Enfance et en accepte les conditions.

Luxembourg, le

Signature

** champs obligatoires*