



**COMMISSION EUROPÉENNE
OFFICE INFRASTRUCTURES ET LOGISTIQUE
LUXEMBOURG**

Unité OIL/3
Infrastructures sociales
Centre Polyvalent de l'Enfance



ANNEXE 1-B

**DEMANDE D'ADMISSION
AU CENTRE D'ETUDES**

**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 *

père

mère

* *champs obligatoires*

personne ayant la garde légale de l'enfant

cochez la case correspondante

demande l'admission de mon enfant au Centre d'Études :

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

veuf(ve)

divorcé(e)

marié(e)

séparé(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 :

FR

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 : 3^{ème} primaire / 1^{ère} secondaire)

2^{ème} et/ou 3^{ème} langue suivie

à l'EE : *

Lux 1

Lux 2

* *champs obligatoires*

Date d'entrée souhaitée : *

FREQUENTATION * (cochez la case correspondante)

mi-temps
vacances scolaires

1 fois par semaine
dépannage

(voir article 3.6 du règlement)

<i>Primaires</i>	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Nbre total par semaine
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cochez la case correspondante

<i>Secondaires</i>	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Nbre total par semaine
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cochez la case correspondante

REPAS AU CPE

Jour(s) demandé(s) :

mardi

jeudi
vendredi

Allergie alimentaire

oui

non

cochez la case correspondante

ACCOMPAGNEMENT DE L'ÉCOLE EUROPÉENNE VERS LE CENTRE D'ÉTUDES

A la sortie de l'école :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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*