

## Demande d'inscription

### Crèche Louklëppelcher

Maison 84  
L-9768 Reuler

+ 352 27800-603

[direction.clou@elisabeth.lu](mailto:direction.clou@elisabeth.lu)

[clou.elisabeth.lu](http://clou.elisabeth.lu)

Formulaire SEA-02

Ce formulaire est une **pré-inscription** de votre enfant sur notre liste d'attente. En fonction des disponibilités, nous vous contacterons rapidement afin de clarifier une éventuelle admission.

### Coordonnées de l'enfant

Nom	Date de naissance (prévue)     /     /
Prénom	Qui encadre l'enfant actuellement?
Adresse	Inscription souhaitée à partir du     /     /
L-	Âge à la date d'admission     mois / ans

### Régularité de l'inscription

- ( ) inscription fixe (*inscription annuelle, l'horaire ne varie pas pendant les semaines scolaires*)  
 ( ) inscription variable (*inscription mensuelle, l'horaire peut varier d'une semaine à l'autre*)  
 ( ) inscription occasionnelle (*l'enfant ne vient que certains jours du mois*)

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Horaire	07h00-08h00					
	08h00-10h00					
	10h00-12h00					
	12h00-14h00					
	14h00-16h00					
	16h00-18h00					
	18h00-19h00					

Représentants légaux			
Représentant légal 1		Représentant légal 2	
<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		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse _____		Adresse _____	
L-		L-	
Tél. privé		Tél. privé	
GSM		GSM	
Courriel		Courriel	
Situation professionnelle		Situation professionnelle	
Heures de travail/semaine: _____		Heures de travail/semaine: _____	
<input type="checkbox"/> Inscription ADEM		<input type="checkbox"/> Inscription ADEM	
<input type="checkbox"/> Congé de maternité/parental du _____ au _____		<input type="checkbox"/> Congé de maternité/parental du _____ au _____	
<input type="checkbox"/> Etudiant(e)		<input type="checkbox"/> Etudiant(e)	
<u>Remarque:</u>		<u>Remarque:</u>	
Langue de communication préférée		<input type="checkbox"/> LU <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> EN	
Lieu		Date	
		Signature du représentant légal	

Réservé à l'administration	
Fiche remise	le ____/____/____ à _____ heures
Mode de remise	<input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal <input type="checkbox"/> en main propre <input type="checkbox"/> boîte SAS
	_____