

Nom et prénom de l'enfant :		
-----------------------------	--	--



ENGAGEMENT DES FAMILLES

Les responsables légaux signataires :

☐ s'engagent solidairement à s'acquitter des frais de scolarité, et le cas échéant des frais de restauration et autres frais annexes dans les conditions fixées dans cette demande d'inscription et en référence au règlement financier en vigueur.

☐ reconnaissent avoir pris connaissance et accepter :

- le règlement intérieur ([Collège/Lycée](#)) ([Elémentaire](#))
- [le règlement financier et tarifs 2020-2021](#)
- [la déclaration de protection à l'égard des données à caractère personnel des élèves et des parents ou responsables légaux](#)

- [les mentions légales](#), en application des articles 12 et 13 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, du Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) et du Bayrisches Datenschutzgesetz (BayDSG)

- [la Charte sur les usages du numérique dans le cadre scolaire](#)

- [la fiche d'information relative à l'article 34 de la loi allemande sur la protection contre les maladies infectieuses](#) - § 34 Abs 5 Satz 2 IfSG (lien) - et déclarent avoir été informés des exigences sanitaires et obligations de coopération.

☐ autorisent la communication des coordonnées suivantes aux associations de parents d'élève :
Nom et courriel du responsable; classe de l'enfant

☐ certifient l'exactitude des renseignements fournis par eux dans le présent document.

Date : _____

Nom et prénom du responsable légal 1	Nom et prénom du responsable légal 2
Signature	Signature

Nom et prénom de l'enfant :



DROIT A L'IMAGE – ELEVE MINEUR(E)

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre des projets spécifiés ci-dessous, étant entendu que les objectifs de ces projets seront préalablement expliqués aux intéressés le moment venu.

Afin de promouvoir les événements listés ci-dessous, votre établissement ou l'AEFE, par l'intermédiaire des référents communication et/ou des webreporters, seront amenés à capter et diffuser des photos et images filmées (voix incluse) d'élèves, de membres de leur famille, d'enseignants, de partenaires du réseau de l'AEFE sur le site internet de l'AEFE et/ou de l'établissement scolaire, sur l'Espace Numérique de Travail (ENT), sur les réseaux sociaux, et/ou lors de publications écrites (ex. Almanach) et de la presse.

- Photo pour Pronote
- Manifestation sportive (olympiades, cross de solidarité, permis vélo, compétitions...)
- Sorties scolaires (projet de classe, visite culturelle, sortie de fin d'année...)
- Voyages scolaires
- Projet pédagogique au sein de l'établissement (expo-science, échange CM2-6^{ième}, pièce de théâtre, projet inter-classes, visite d'un auteur ou artiste...)
- Événement festif au sein de l'établissement (fête de Noël, fête de fin d'année, inauguration de nouvelles structures, repas spéciaux à la cantine, représentation au sein des classes....)
- Quotidien vie scolaire (illustration jeux dans la cour de récréation, salle de classe, activité au gymnase et au terrain de sport....)
- Outils pédagogique (enregistrements lecture, web-radios, ENT....)
- Ateliers facultatifs proposés par l'établissement (club jardin, atelier manga...)
- Photo de classe (version imprimée vendu aux parents de la classe, affichage pour permettre aux parents de décider s'ils souhaitent acheter la photo, publication dans l'Almanach)

Cette liste est susceptible d'évoluer, tout ajout d'événement faisant toutefois l'objet d'une information et d'une demande de consentement au préalable.

Je soussigné(e), (prénom, NOM) déclare être le représentant légal de l'élève mineur (prénom, NOM) reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus, autorise et consent expressément au droit d'utilisation de l'image et de la voix de l'élève dans le cadre des événements précités pour des photos et/ou des vidéos diffusées sur le site de l'établissement scolaire www.lycee-jean-renoir.de ou www.aefe.fr, sur les réseaux sociaux, et sur tout autre support de communication utilisé dans le cadre des événements précités (supports écrits, audio, etc) à destination également des partenaires du réseau de l'AEFE et de la presse.

☐ OUI ☐ NON ☐ OUI sauf événements barrés

Adresse mail du représentant légal :

.....

Nom et prénom de l'enfant :		
-----------------------------	--	--

La présente autorisation est consentie à titre gracieux par le représentant légal de l'élève mineur pour le monde entier (du fait en particulier de la diffusion des vidéos et des photographies sur internet) et pour la durée de l'année scolaire à compter de la signature de la présente autorisation.

La publication ou la diffusion de l'image et/ou de la voix de l'élève, ainsi que les légendes ou les commentaires accompagnant cette publication ou cette diffusion, ne porteront en aucun cas atteinte à la dignité, à la vie privée et à la réputation de l'intéressé(e). Il ne s'agira pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

L'AEFE et le Lycée Jean Renoir s'interdisent également de procéder à une exploitation illicite de l'enregistrement de l'image et/ou de la voix de l'intéressé(e) et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

En application des articles 12 et 13 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, du Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) et du Bayrisches Datenschutzgesetz (BayDSG), nous vous informons que le Lycée Jean Renoir en sa qualité de Responsable de Traitement collecte des données vous concernant à des fins de gestions des traitements afférents à cette autorisation.

Vos données seront strictement réservées aux services habilités et seront conservées le temps de l'année scolaire. Aux termes de notre Politique de protection des données, nous nous engageons à protéger vos données de toute atteinte. Conformément aux art.15 à 22 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pourrez demander à tout moment et gratuitement à accéder aux données vous concernant, à les rectifier ou à les effacer, auprès de dpo@lycée-jean-renoir.de ou à la CNIL en l'absence de réponse satisfaisante dans le délai d'un mois. Vous pouvez également vous opposer au traitement vous concernant pour des motifs légitimes.

Fait en autant d'originaux que de signataires.

Fait à :

Date :

Signature:

Nom et prénom de l'enfant :		
-----------------------------	--	--



AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE (PRELEVEMENTS ET REMBOURSEMENTS)

J'autorise le Lycée Jean Renoir à prélever sur mon compte le montant des frais de scolarité trimestriels ainsi que, le cas échéant, le montant des prestations annexes (restauration, étude surveillée, transport scolaire, voyages scolaires et autres frais...).

Cette autorisation reste valable tant qu'elle n'a pas été dénoncée par écrit. Elle prend fin à la date de sortie de l'établissement de mon/mes enfant(s) et/ou au règlement intégral du restant à payer.

Dans le cas où mon compte bancaire n'est pas suffisamment approvisionné, les frais de rejet seront à ma charge. Il en est de même pour les frais engendrés par tout changement de coordonnées bancaires non signalé.

Autorisation de prélèvement	Je souhaite être prélevé du montant de ma facture trimestrielle ☐ en 1 seule fois par trimestre ☐ en 3 fois par trimestre (Cocher la formule choisie le cas échéant)
-----------------------------	---

Nom de la banque :	
Nom du titulaire du compte :	
IBAN :	
BIC :	

Lieu et date : A _____, le _____

signature du titulaire du compte



FICHE SANITAIRE
VERTRAULICHE MEDIZINISCHE ANGABEN



(A remettre-sous pli fermé à l'attention de l'infirmière scolaire, **Berlepschstraße 3 - 81373 München**) (Bitte im geschlossenen Umschlag zur Händen der Schulkrankenschwester abgeben)
Joindre également la copie du carnet de vaccination
Bitte legen Sie eine Kopie des Impfausweises bei.

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL / VERTRAULICHE MEDIZINISCHE ANGABEN

ÉLÈVE / SCHÜLER(IN)

Nom, prénom / Name, Vorname :

Date de naissance / Geburtsdatum :

Sexe / Geschlecht :

Classe / Klasse :

Lunettes, Lentilles / Brille, Kontaktlinsen ☐ Appareils auditifs / Hörgerät ☐

Appareil dentaire / Zahnsperre ☐

RESPONSABLES DE L'ENFANT / GESETZLICHE VERTRETER

Nom, prénom / Name, Vorname :

Adresse :

Nom, prénom / Name, Vorname :

Adresse :

Numéros de téléphone / Telefonnummern :

Mère/Mutter: domicile/Haus portable/Handy

travail/Arbeit

Père/Vater : domicile/Haus portable/Handy

travail/Arbeit

MENTIONS PARTICULIERES / BESONDERE ERWÄHNUNGEN

En cas d'absence (ex. déplacement) ou bien étant injoignable de manière prolongée, j'autorise les personnes mentionnées ci-dessous à récupérer mon enfant à l'infirmerie si son état l'impose ou à faire sortir mon enfant de l'hôpital, sur présentation de la carte d'identité. Bei Abwesenheit (Bsp. Dienstreise) oder einer über einen vernünftigen Zeitraum hinausgehende Unerreichbarkeit, ermächtige ich folgende Personen, gegen Vorlage ihres Personalausweises, mein Kind aus der Schulkrankstation (Erforderlichkeit entsprechend dem Zustand meines Kindes) oder dem Krankenhaus abzuholen.

Nom, prénom / Name, Vorname :

Nom, prénom / Name, Vorname :

Nom, prénom / Name, Vorname :

Nom, prénom / Name, Vorname :

SANTE DE L'ELEVE / PERSÖNLICHE DATEN

Médecin traitant / Hausarzt

Nom / Name : tél. / Tel. :

Hôpital ou clinique vers lequel vous souhaitez que soit dirigé l'élève en cas d'urgence / Krankenhaus oder
Klinikum, in welches sie wünschen, dass Ihr Kind, im Rahmen eines Notfalls, gebracht werden soll :

Adresse :

tél. / Tel. :

Ce vœu est indicatif et en dernier ressort, le choix appartiendra aux services d'urgences / Dieser Wunsch ist nicht
bindend soweit die endgültige Entscheidung von den Rettungskräften getroffen wird.

MALADIES DE L'ÉLÈVE / ERKRANKUNGEN :

Asthme / Asthma ☐

Diabète / Diabetes ☐

Hémophilie/Hämophilie ☐

Epilepsie ☐

Insuffisance card./Herzerkrankung ☐

Insuffisance rénale/Nierenerkrankung ☐

Allergie / Allergien ☐

Lesquelles / welche :

Médicaments / Medikamente :

Autres / Sonstiges ☐

Lesquelles / welche :

Médicaments / Medikamente :

Pour cette maladie, l'élève suit-il un traitement tous les jours / Der Schüler braucht wg. dieser Erkrankung tägliche
Behandlung : Oui / Ja ☐ Non / Nein ☐

Lequel / welche :

Un traitement en cas d'urgence / eine Behandlung im Notfall : Oui / Ja ☐ Non / Nein ☐

Lequel / welche :

En cas de pathologies chroniques, intolérances alimentaires, allergies qui nécessitent un traitement médical pendant le temps scolaire ou une classe verte, un protocole doit être établi (PAI = Projet d'Accueil Individualisé).
Im Falle einer chronischen Erkrankung, Lebensmittelunverträglichkeit oder Allergie, die eine notwendige medizinische Behandlung während der Unterrichtszeit oder einer Klassenfahrt mit sich bringt, muss ein gesondertes Protokoll ertelt werden (PAI = Projekt d'Accueil Individualisé).

AUTRES INFORMATIONS / SONSTIGE INFORMATIONEN

Troubles de l'apprentissage / Lernschwäche ☐

Troubles de l'attention / Konzentrationsschwäche ☐

Troubles du comportement / Verhaltensauffälligkeiten ☐

Autres observations / Sonstige

.....
.....

VACCINATIONS / IMPFUNGEN

Veuillez joindre une copie du carnet de vaccinations / Bitte legen Sie eine Kopie des aktuellen Impfausweises bei.

Rougeole/Masern – date de 1ère injection / 1. Impfung :

date de 2ème injection / 2. Impfung :

Autorisation d'administrer de médicaments en vente libre en pharmacie (voir liste) / Einverständniserklärung zur Gabe von in Apotheken erhältlichen rezeptfreien Medikamenten (siehe Liste)

Oui / Ja ☐ Non / Nein ☐ Après accord au préalable / nur nach vorheriger Absprache ☐

Ne pas administrer ce(s) médicament(s) / Diese Medikamente dürfen nicht verabreicht werden:

Liste des médicaments dispensés à l'infirmerie scolaire du Lycée Jean Renoir de Munich

Liste der Medikamente, die auf der Krankenstation der LJR Munich abgegeben wurden.

Médicaments/ Medikamente	Forme/ Form	Indications/ Anzeige
<i>Paracetamol</i> poids/dose Gewicht/ Dosis	Comprimés ou sirop en fonction du poids de l'enfant/ Tabletten oder Sirup dem Gewicht des Kindes entsprechend	Maux de tête, fièvre/ Kopfschmerzen, Fieber
<i>Ibuprofen</i> poids/dose Gewicht/ Dosis	Comprimés ou sirop en fonction du poids de l'enfant/ Tabletten oder Sirup dem Gewicht des Kindes entsprechend	Migraines/ Migräne
Iberogast âge/dose Gewicht/ Dosis	Gouttes/ Tropfen	Troubles gastro-intestinaux /Magen-Darm-Störungen
<i>Neo-Angine</i> Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Pastilles à sucer/ Lutschtabletten	Maux de gorge/ Halsschmerzen
<i>Werotussin C</i> Dès 6 ans/ Ab 6 Jahre alt	Bonbons à sucer/ Bonbons	Toux/ Husten
Meridol Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Bain de bouche/ Mundspülung	Aphtes, coupures dans la bouche,.../ Aphten, Schnittverletzung im Mund...
Sérum physiologique 0,9 %/ Kochsalzwasser-lösung	Collyres/ Tropfen	Nettoyage yeux- nez- plaies superficielles/ Reinigung Augen-Nase- oberflächliche Wunden
Werolin/Octenisept	Spray désinfectant/ Wunddesinfektions-spray	Désinfection des plaies/ Desinfektion der Wunden
Weroskin	Lingettes désinfectantes/ Desinfektionstuch	Désinfection des plaie / Desinfektion der Wunden
Weroplast	Pansements/ Pflaster	Protection des plaies/Schutz der Wunden
Bepanthen/ Wund und Heilsalbe	Crème/Salbe	Irritation de la peau/ Hautirritation
Brand- und Wundgel Medice	Gel/ Gel	Brûlures/ Brandwunden
<i>Arnika / Traumeel</i>	Gel/Gel	Coups, chutes/ Stumpfe Verletzung, Sturz

Nom et prénom de l'enfant / Name und Vorname des Kindes :		
--	--	--

Weroplast Spray on	Spray froid/ Kalt Spray	Coups, chutes (accident de sport)/ Stumpge Verletzung, Sturz (Sportunfall)
Bouillotte/ Wärmflasche	Poche/ Tüte	Douleurs abdominales, douleurs musculaires/ Bauchschmerzen
Glace/ Eis	Poche/ Tüte	Suspicion d'entorse/ Oedèmes après chute ou accident de sport /Verstauchung oder Schwellung nach Sturz oder Sportunfall
Fenistil	Crème/ Salbe	Allergies aux piqûres d'insectes/ Allergien gegen Insektenstiche
Cetirizin 10mg Dès 6 ans, après appel passé aux parents. / Ab 6 Jahre, nach telefonischer Absprache mit den Eltern.	Comprimé/ Tablett	Allergies : démangeaisons, rougeurs, gonflement des lèvres , difficultés à respirer, etc. Allergien: Juckreiz, Rötungen, geschwollene Lippen, Atembeschwerden usw...

DECLARATION FINALE / SCHLUSSEKLRÄRUNG

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'école à prendre, le cas échéant, toutes mesures urgentes (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Ich versichere, dass alle von mir gemachte Angaben richtig und vollständig sind und ermächtige die Schule, alle, aufgrund des Zustands des Kindes, notfallbedingte Maßnahmen (ärztliche Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Operation) zu veranlassen.

Date / Datum: Signature / Unterschrift:

MENTIONS LEGALES / Rechtliche vorgaben

En application des articles 12 et 13 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, du Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) et du Bayrisches Datenschutzgesetz (BayDSG), nous vous informons que le Lycée Jean Renoir en sa qualité de Responsable de Traitement collecte des données vous concernant à des fins de gestions des interventions médicales. Vos données seront strictement réservées aux services habilités et seront conservées le temps de l'année scolaire. Aux termes de notre Politique de protection des données, nous nous engageons à protéger vos données de toute atteinte. Conformément aux art.15 à 22 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel , vous pourrez demander à tout moment et gratuitement à accéder aux données vous concernant, à les rectifier ou à les effacer, auprès de dpo@lycee-jean-renoir.de ou à la CNIL en l'absence de réponse satisfaisante dans le délai d'un mois. Vous pouvez également vous opposer au traitement vous concernant pour des motifs légitimes.

Gemäß den Artikeln 12 und 13 der Europäischen Verordnung 2016-679 vom 27. April 2016 über den Schutz personenbezogener Daten, sowie dem geänderten Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Bayrischen Datenschutzgesetz (BayDSG), teilen wir Ihnen mit, dass das Lycée Jean Renoir in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher für die Datenverarbeitung, Daten über Sie zum Zwecke der Verwaltung medizinischer Eingriffe erfasst. Ihre Daten sind ausschließlich den autorisierten Personen zugänglich und werden für die Dauer des Schuljahres gespeichert. Im Rahmen unserer Datenschutzpolitik sind wir bestrebt, Ihre Daten vor jeder Verletzung zu schützen. Gemäß den Artikeln 15 bis 22 der Europäischen Verordnung 2016-679 vom 27. April 2016 über den Schutz personenbezogener Daten können Sie jederzeit und kostenlos Zugang, Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten beantragen indem Sie an dpo@lycee-jean-renoir.de schreiben oder sich, bei ausbleibender Antwort nach Ablauf eines Monats, an die CNIL wenden. Sie können der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auch aus legitimen Gründen widersprechen.