Name und Vorname des Kindes :		

VERPFLICHTUNG DER ELTERN

Die unterschreibenden gesetzlichen Vertreter:

☐ verpflichten sich gemeinsam die Schulgebühren und ggf. die Kosten für die Nachmittagsbetreuung und Schulkantine entsprechend den in diesem Anmeldeantrag angegebenen Konditionen und den jeweils geltenden Finanzbestimmungen zu bezahlen;

☐ bestätigen, dass sie folgende Bestimmungen zu Kenntnis genommen haben und akzeptieren:

- Tarife und Geschäftsregelung (auf Französisch "Règlement financier »)
- Rechtliche Vorgaben 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)
- Schutzerklärung in Bezug auf personenbezogene Daten
- Schulordnung (auf Französisch "Règlement intérieur » Gymnasium / Collège/Lycée oder Grundschule und Kindergarten / Elémentaire)
- Charta für die Nutzung von digitalen Tools im Schulalltag
- Informationsblatt betreffend Art. 34 des Infektionsschutzgesetzes (§ 34 Abs 5 Satz 2 IfSG) Sie erklären insbesondere, dass sie sich über hygienische Vorschriften und notwendige Rücksichtnahme informiert haben;

☐ erlauben die Weitergabe folgender Angaben an die Elternvertreter: Name und e-mail-Adresse der Eltern, Klasse des Kindes;

☐ bestätigen die Richtigkeit der von ihnen in diesem Antrag und Anhängen gemachten Angaben.

Datum :_____

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters 1 :	Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters 2 :
Unterschrift	Unterschrift

Name und Vorname des Kindes :		

DATENSCHUTZ IN BEZUG AUF ABBILDUNGEN – MINDERJÄHRIGE SCHÜLERINNEN

Diese Anfrage hat zum Zweck, das notwendige Einverständnis für bestimmte Projekte einzuholen, wobei die Ziele dieser Projekte den betroffenen Personen jeweils vorab erklärt werden.

Um die unten aufgeführten Ereignisse zu promoten, muss die Schule und die AEFE über verschiedene Kommunikationsmedien Fotos und Videos (inklusive Stimmen) von Schülern, Mitgliedern ihrer Familien, Lehrkräften, AEFE-Partnern machen und auf der AEFE-Homepage, der Internetseiten der Schule, im ENT, in sozialen Medien und/oder schriftlichen Texten wie z.B. Almanach und in der Presse zu publizieren.

- Foto Pronote
- Sportsveranstaltungen (Wettbewerbe, Cross, Fahrradprüfung, Meisterschaften…)
- Schülerreisen (Klassenfahrten, Ausflüge, Besichtigungen…)
- Pädagogische Projekte (Expo-science, Austausch CM2-6ième, Theateraufführungen, Lesungen usw.)
- Festliche Veranstaltungen in der Schule (Weihnachtsfeier, Fest zum Abschluss des Schuljahres, Eröffnungen, spezielle Mahlzeiten, Klassenereignisse….)
- Schulalltag (Spiele im Pausenhof, Klassenzimmer, Sport in der Halle und auf dem Sportplatz…)
- Pädagogische Werkzeuge (Leseaufnahmen, Web-radios, ENT….)
- Arbeitsgruppen (Garten-Club, Atelier Manga…)
- Klassenfotos (die gedruckte Version, die Eltern zum Kauf angeboten wird, der Aushang zur Kaufentscheidung, Veröffentlichung im Jahresbuch)

Diese Liste kann sich ändern, aber jeder Zusatz wird zum Gegenstand einer Ankündigung und Zustimmungsanfrage.

- Ich (Vorname, NAME) ……..……., bestätige hiermit, dass

ich als gesetzlicher Vertreter des Kindes (Vorname, NAME) ……..……..…….. die oben aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen habe, und dass ich mit der Veröffentlichung von Fotos und/oder Videos des Kindes inklusive Stimmenaufnahmen auf der Homepage der Schule www.lycee-jean-renoir.de, auf der Homepage der AEFE www.aefe.fr, in sozialen Netzen, sowie in allen sonstigen im Rahmen der genannten Ereignisse (in Text-, Bild- oder Audioform) verwendeten Kommunikationssystemen, auch für die Partner im AEFE-Netz und die Presse einverstanden bin.

○ Ja ○ Nein ◉ Ja, außer durchgestrichener Ereignisse

E-Mail-Adresse des gesetzlichen Vertreters: ……

Name und Vorname des Kindes :		

Diese Zustimmung wird von der betroffenen Person unentgeltlich und weltweit erteilt (vor allem in Bezug auf die Veröffentlichung von Videos und Fotos im Internet) und gilt für ein Schuljahr beginnend mit dem Tag, an welchem diese Erklärung unterschrieben wurde.

Die veröffentlichen Bilder mit oder ohne Stimme sowie die beigefügten Erklärungen werden in keinem Fall der Würde, der Privatsphäre und dem Ansehen der abgebildeten Personen schaden.

Darüber hinaus verbieten sich die AEFE und das Lycée Jean Renoir jegliche rechtswidrige Nutzung der Aufnahmen sowie sonstigen Gebrauch, der nicht im Einklang mit den geltenden Datenschutzbestimmungen steht.

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 der im Rahmen dieser Einverständnis durchgeführten Operationen 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.

Anzahl der Originale entspricht der Anzahl der Unterschriften.

In ……..…… Datum : ……

Unterschrift: …….

Name und Vorname des Kindes :		

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich das Lycée Jean Renoir, die jeweils im Trimester zu entrichtenden Schulgeldbeträge sowie ggf. weitere Beträge (Verpflegung, Nachmittagsbetreuung, Klassenfahrten, Ausflüge usw.) zu Lasten meines Bankkontos einzuziehen.

Diese Ermächtigung bleibt bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Sie erlischt mit dem Austritt meines Kindes / meiner Kinder aus der Schule und der Begleichung des ggf. geschuldeten Restbetrags.

Sollte mein Bankkonto nicht die ausreichende Deckung aufweisen, werden mir die ggf. dadurch entstandenen Gebühren in Rechnung gestellt. Das Gleiche gilt für Gebühren, die durch nicht rechtzeitig mitgeteilten Änderungen der Bankverbindung entstehen können.

Bankeinzug:	Ich will, dass der Trimester-Rechnungsbetrag von meinem Konto abgebucht wird: ○ monatlich ◉ einmal pro Trimester (Das Gewünschte bitte ankreuzen)

Name der Bank:	
Name des Kontoinhabers:	
IBAN :	
BIC :	

Ort und Datum : In _____, am _____

Unterschrift des Kontoinhabers

Name und Vorname des Kindes		

Kindergarten
Gewünschte Uhrzeit
Schuljahr 2021/2022

Die Betreuungskosten im Kindergarten werden je nach der für jeden Wochentag gewählten Abholzeit als eine durchschnittliche tägliche Betreuungsdauer berechnet.

Ein Tarifrechner steht Ihnen auf der Homepage der Schule zur Verfügung (https://www.lycee-jean-renoir.de/primaire/maternelle-tarifs/). Sobald Sie die gewünschte Abholzeit für jeden Wochentag angegeben haben, wird der Gesamttarif automatisch berechnet.

Gewünschte Betreuungszeit für das Schuljahr 2021/2022:

Wochentag	**Ankunftszeit**	**Abholzeit** (13:00, 14:00, 15:00, 16:00 oder 17:00)
Montag	zwischen 8:00 und 8:30	bis 17:00
Dienstag	zwischen 8:00 und 8:30	bis 17:00
Mittwoch	zwischen 8:00 und 8:30	bis 17:00
Donnerstag	zwischen 8:00 und 8:30	bis 17:00
Freitag	zwischen 8:00 und 8:30	bis 17:00

Die durchschnittliche Betreuungsdauer mit dem jeweiligen Tarif, Schuljahr 2021/2022:

	Jahrestarif
4 bis 5 Stunden täglich im Durchschnitt	4 765,00 €
5 bis 6 Stunden täglich im Durchschnitt	5 241,50 €
6 bis 7 Stunden täglich im Durchschnitt	5 718,00 €
7 bis 8 Stunden täglich im Durchschnitt	6 194,50 €
8 bis 9 Stunden täglich im Durchschnitt	6 671,00 €

Betreuungsdauer*:	Jahrestarif*:
…….. bis……. Stunden täglich im Durchschnitt	…… €

*wird von der Schulverwaltung ausgefüllt

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

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 / *Zahnspange* □

RESPONSABLES DE L'ENFANT / *GESETZLICHE VERTRETER*

Nom, prénom / *Name, Vorname* :……

Adresse :……

…….....

Nom, prénom / *Name, Vorname* :……

Adresse :……

…….....

Numéros de téléphone / *Telefonnumern* :

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 Schulkrankenstation (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* :……

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

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 voeu 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 / *ERKRANKUGEN* :

Asthme / *Asthma* □ Diabète / *Diabetes* □ Hémophilie/*Hämophilie* □

Epilepsie □ Insuffisance card./*Herzerkrangung* □ Insuffisance rénale/*Nierenerkrangung* □

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 Erkrangung 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 Erkrangung, Lebensmittelunverträglichkeit oder Allergie, die eine notwendige medizinische Behandlung während der Unterrichtzeit oder einer Klassenfahrt mit sich bringt, muss ein gesondertes Protokoll ertellt werden (PAI = Projet d'Accueil Individualisé).*

AUTRES INFORMATIONS / *SONSTIGE INFORMATIONEN*

Troubles de l'apprentissage / *Lernschwäche* □

Troubles de l'attention / *Konzentrationsschwäche* □

Troubles du comportement / *Verhaltensauffälligkeiten* □

Autres observations / *Sonstige* …….

…….....

.....

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

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
Paracetamol 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
Ibuprofen 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
Neo-Angine Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Pastilles à sucer/ Lutschtabletten	Maux de gorge/ Halsschmerzen
Werotussin C 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 %/ Kochsalzswasser-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
Arnika / Traumeel	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 / *SCHLUSSERKLÄRUNG*

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'école à prendre, le cas échéant, toutes mesures urgentes (traitement médical, hospitalisation, interventionchirurgicale) 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.