

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 ([www.lycee-jean-renoir.de/inscriptions](http://www.lycee-jean-renoir.de/inscriptions)) :

- **le règlement financier**

- **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 déclaration de protection à l'égard des **données à caractère personnel** des élèves et des parents ou responsables légaux

- **le règlement intérieur**

- **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.

- 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 :



ÉTABLISSEMENT  
EN GESTION DIRECTE



**aefe**

Agence pour  
l'enseignement français  
à l'étranger

## DROIT A L'IMAGE ET A LA CAPTATION DE LA VOIX – PERSONNE MINEURE

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.

- Manifestation sportive (olympiades, cross de solidarité, Fahrrad Führerschein, Meisterschaften...)
- 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<sup>ième</sup>, 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

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

- 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](http://www.lycee-jean-renoir.de) ou [www.aefe.fr](http://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 droit à l'image et à la captation de voix
- OUI droit à l'image exclusivement
- OUI droit à la captation de voix exclusivement
- OUI sauf événements barrés
- NON aucun droit à l'image ni captation de voix

- Adresse mail du représentant légal : .....

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@lycee-jean-renoir.de](mailto: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.*

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.

Au cas où mon compte bancaire ne serait 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-e de ma facture trimestrielle <input type="checkbox"/> en 1 seule fois par trimestre <input type="checkbox"/> 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
----------------------------------

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



FICHE SANITAIRE  
*VERTRAULICHE MEDIZINISCHE ANGABEN*



A remettre sous pli fermé à l'attention de l'infirmière scolaire :  
*Bitte im geschlossenen Umschlag zur Händen der Schulkrankenschwester abgeben:*  
\* **primaire** : Ungsteinerstr. 50, 81539 München \* **secondaire** : Berlepschstraße 3, 81373 München

**Nouveaux inscrits uniquement : Joindre également la copie du carnet de vaccinations.**  
**Ausschließlich für neue Schüler: 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 / *Telefonnummer* :

Mère/*Mutter*: domicile/*Haus* .....

portable/*Handy* ..... travail/*Arbeit* .....

Père/*Vater* : domicile/*Haus* .....

portable/*Handy* ..... travail/*Arbeit* .....

Nom et prénom de l'enfant :

### 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 (z.B. 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 aus dem Krankenhaus abzuholen.*

Nom, prénom / Name, Vorname : .....

Nom, prénom / Name, Vorname : .....

### SANTÉ DE L'ÉLÈVE / PERSÖNLICHE DATEN

Médecin traitant / Hausarzt :

Nom / Name : ..... tél. / Tel. : .....

Hôpital ou clinique vers lequel/laquelle 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. 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  Lesquels / welche : .....

Médicaments / Medikamente : .....

Pour cette maladie, l'élève suit-il un traitement journalier / 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 : .....

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

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 erstellt 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 / *Sonstiges*.....

.....

**VACCINATIONS / IMPFUNGEN**

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

date de 2ème injection / *2. Impfung* : .....

Autorisation d'administrer des 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 der Krankenstation des LJR München*

Médicaments <i>Medikamente</i>	Forme <i>Form</i>	Indications <i>Anzeige</i>
<b>Paracetamol</b> poids/dose <i>Gewicht/ Dosis</i>	Comprimés ou sirop en fonction du poids de l'enfant/ Tabletten oder Sirup dem Gewicht des Kindes entsprechend	Maux de tête, fièvre Kopfschmerzen, Fieber
<b>Ibuprofen</b> poids/dose <i>Gewicht/ Dosis</i>	Comprimés ou sirop en fonction du poids de l'enfant/ Tabletten oder Sirup dem Gewicht des Kindes entsprechend	Migraines Migräne
<b>Iberogast</b> âge/dose <i>Gewicht/ Dosis</i>	Gouttes/ Tropfen	Troubles gastro-intestinaux Magen-Darm Störungen

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

<b>Neo-Angine</b> Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Pastilles à sucer/ Lutschtabletten	Maux de gorge Halsschmerzen
<b>Werotussin C</b> Dès 6 ans/ Ab 6 Jahre alt	Bonbons à sucer/ Bonbons	Toux Husten
<b>Meridol</b> Dès 6 ans/ ab 6 Jahre	Bain de bouche/ Mundspülung	Aphtes, coupures dans la bouche,... Aphten, Schnittverletzung im Mund...
<b>Sérum physiologique</b> <b>0,9 %</b> <b>Kochsalzwasser-lösung</b>	Collyres/ Tropfen	Nettoyage yeux- nez- plaies superficielles Reinigung Augen-Nase - oberflächliche Wunden
<b>Werolin/Octenisept</b>	Spray désinfectant/ Wunddesinfektions-spray	Désinfection des plaies Desinfektion der Wunden
<b>Weroskin</b>	Lingettes désinfectantes/ Desinfektionstuch	Désinfection des plaie Desinfektion der Wunden
<b>Weroplast</b>	Pansements/ Pflaster	Protection des plaies/Schutz der Wunden
<b>Bepanthen/ Wund und Heilsalbe</b>	Crème/Salbe	Irritation de la peau Hautirritation
<b>Brand- und Wundgel Medice</b>	Gel/ Gel	Brûlures Brandwunden
<b>Arnika / Traumeel</b>	Gel/Gel	Coups, chutes/ Stumpfe Verletzung, Sturz
<b>Weroplast Spray on</b>	Spray froid/ Kalt Spray	Coups, chutes (accident de sport) Stumpge Verletzung, Sturz (Sportunfall)
<b>Bouillotte/ Wärmflasche</b>	Poche/ Tüte	Douleurs abdominales, douleurs musculaires Bauchschmerzen
<b>Glace/ Eis</b>	Poche/ Tüte	Suspicion d'entorse/ Oedèmes après chute ou accident de sport /Verstauchung oder Schwellung nach Sturz oder Sportunfall
<b>Fenistil</b>	Crème/ Salbe	Allergies aux piqûres d'insectes Allergien gegen Insektenstiche
<b>Cetirizin 10mg</b> <b>Dès 6 ans, après appel</b> <b>passé aux parents. / Ab 6</b> <b>Jahre, nach telefonischer</b> <b>Absprache mit den Eltern.</b>	Comprimé/ Tablett	Allergies : démangeaisons, rougeurs, gonflement des lèvres, difficultés à respirer, etc.  Allergien: Juckreiz, Rötungen, geschwollene Lippen, Atembeschwerden usw...

### DECLARATION FINALE / SCHLUSSEKLAERUNG

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 gemachten Angaben richtig und vollständig sind und ermächtigt die Schule, alle, aufgrund des Zustands des Kindes, notfallbedingte Maßnahmen (ärztliche Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Operation) zu veranlassen.*

Date / Datum: .....

Signature / Unterschrift: .....

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

## 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](mailto: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](mailto: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.*