

# **ANNEXES**

- 1.** Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (page 9)
- 2.** Autorisation de transport (page 10)
- 3.** Autorisation parentale d'intervention médicale et fiche de santé (page 11,12)
- 4.** Dérogation parentale pour l'administration de médicaments (page 13)
- 5.** Avenant au contrat en cas de modifications (page 14,15)
- 6.** Le remplaçant (page 16)
- 7.** Surêté réelle (page 17)
- 8.** Autorisation pour la prise et/ou publication d'image (page 18)
- 9.** Notice d'information sur la protection de données à caractère personnel (page 19, 20)

**Annexe 1 au contrat**

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

**Personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :.....**

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Nom :.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Téléphone :.....

Toute autre modalité doit faire l'objet d'un écrit, établi par le(s) parent(s).

Fait le ..... à .....

Le parent  
*(Lu et approuvé)*

L'assistant parental  
*(Lu et approuvé)*

<p><b>Annexe 2 au contrat</b></p> <p><b>Autorisation de transport</b></p>
---

**Sorties : Autorisation de transport**

Le parent autorise l'assistant parental/remplaçant\* à transporter son enfant ..... dans sa voiture personnelle :  
*(\*biffer ce qui ne convient pas)*

- oui
- non

Si oui, avec des sièges conformes aux dispositifs réglementaires :

- fournis par les parents
- fournis par l'assistant parental

Le parent autorise l'assistant parental à utiliser les transports en commun avec son enfant :

- oui
- non

Fait-le ..... à .....

<p>Le parent <i>(Lu et approuvé)</i></p>	<p>L'assistant parental <i>(Lu et approuvé)</i></p>
--	---

**Annexe 3 au contrat**

**Autorisation parentale d'intervention médicale  
Fiche de santé de l'enfant**

Par la présente, je soussigné(e) ....., O père, O mère, O tuteur de l'enfant ....., autorise l'assistant parental/remplaçant\* de mon enfant, Madame, Monsieur, ....., dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à consulter un médecin de son choix en cas de maladie ou d'accident.

(\*biffer ce qui ne convient pas)

Je soussigné(e), autorise les médecins consultés, dans l'impossibilité de me joindre auparavant, à faire tout examen ou intervention médicale et/ou chirurgicale jugés nécessaires en cas d'urgence.

Signature du parent

-----

En cas de maladie ou d'accident de l'enfant ....., né le ....., durant la période d'accueil. L'assistant parental doit prévenir les parents dans les plus brefs délais et contacter :

- médecin traitant de l'enfant
- médecin de l'assistant parental

Coordonnées du médecin choisi :

Docteur : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Les frais de soins de santé engagés par l'assistant parental sont à charge des parents qui s'engagent à les rembourser dans les plus brefs délais.

**Informations médicales :**

- Traitements de longue durée :

- oui
- non

Si oui, lesquels :.....  
.....  
.....

- Allergies :

- oui
- non

Si oui, lesquelles :.....  
.....

- Médicaments interdits :

- oui
- non

Si oui, lesquels :.....  
.....  
.....

Mon enfant est atteint :

- Asthme
- Diabète
- Hypoglycémie
- Troubles cardiaques
- Hémophilie
- Handicap physique
- Maladie de la peau
- Troubles de vision
- Enurésie
- Epilepsie (convulsions)

- Autres informations importantes à communiquer :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait le ..... à .....

Le parent <i>(Lu et approuvé)</i>	L'assistant parental <i>(Lu et approuvé)</i>
--------------------------------------	---

**Annexe 4 au contrat**  
**Dérogation parentale pour l'administration de médicaments**  
**Obligatoirement accompagnée d'une prescription médicale récente (moins d'un an) établie par**  
**votre médecin de confiance**

Par la présente, je soussigné(e) ..... mère – père de l'enfant  
..... autorise l'assistant parental/le remplaçant\*, Madame/Monsieur  
....., à administrer le médicament indiqué ci-après :  
(\*biffer ce qui ne convient pas)

Durée du traitement : à partir du ..... /...../20..... jusqu'au ..... /...../20..... .

Médicament : .....

comprimés     sirop     gouttes     injection     suppositoire     crème

Dosage : .....

Fréquence : ..... par jour

matin                                       midi                                       après-midi                                       soir  
 avant le repas                                       pendant le repas                                       après le repas

Le médicament est à conserver :

au frigo                                       à température ambiante

Particularités : .....

Prière de mettre le nom de l'enfant sur le médicament.

Les parents sont tenus de remettre une prescription médicale récente mentionnant exactement la dose à administrer à l'enfant et la durée de prise du médicament, ainsi que de noter le nom de l'enfant sur le médicament. Ils sont tenus à mentionner tout changement de traitement par écrit. Toute prescription doit être renouvelée 1 fois par an.

Fait le ..... à .....

Le parent (Lu et approuvé)	L'assistant parental (Lu et approuvé)
-------------------------------	--

**Annexe 5 au contrat**

**Avenant au contrat d'accueil du .....**

Concernant l'enfant : .....

Contrat d'accueil conclu entre :

**L'assistant parental**

NOM :  
ADRESSE :  
TELEPHONE :

**Le parent**

NOM :  
ADRESSE :  
TELEPHONE MAISON :  
GSM :  
TELEPHONE AU TRAVAIL :

**Changement de l'horaire d'accueil :**

L'enfant est accueilli selon un horaire d'accueil :

**Planifié** (si oui, complétez les tableaux ci-dessous)

Semaine type scolaire / semaine type pour enfant non-scolarisé

	de	à	de	à	de	à	Total H	Repas
Lundi								
Mardi								
Mercredi								
Jeudi								
Vendredi								
Samedi								
Dimanche								

*Indiquez l'horaire par heure pleine ou par tranche de 30 min. (h00 ou h30)*

Semaine type congé scolaire

	de	à	de	à	Total H	Repas
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						

*Indiquez l'horaire par heure pleine ou par tranche de 30 min. (h00 ou h30)*

**Variable** (uniquement si l'horaire de travail du parent varie d'une semaine à l'autre)

En cas d'horaire d'accueil variable, le parent s'engage à remettre **avant la fin de chaque mois** l'horaire d'accueil du mois suivant.

L'enfant sera accueilli au plus tôt à .....h jusqu'au plus tard à.....h.

Samedi  oui  non

Dimanche  oui  non

**Changement de tarification :**

Tarif horaire : ..... repas de midi non compris

**Changement des modalités d'accueil suivantes :**

**Validité :**  indéterminé  déterminé jusqu'au .....

Fait-le ..... à .....

Le parent (Lu et approuvé)	L'assistant parental (Lu et approuvé)
-------------------------------	--

**Annexe 6 au contrat**

**Le remplaçant**

Conformément à l'article 3 de la loi du 15 décembre 2017 portant réglementation de l'activité d'assistance parentale, l'assistant parental a la possibilité de se faire remplacer, à titre temporaire dans l'exécution des tâches qui lui incombent, par une ou plusieurs personnes de confiance qui répondent aux conditions d'honorabilité, aux conditions de santé et qui sont couvertes par une assurance responsabilité civile professionnelle.

Tout comme l'assistant parental, son remplaçant doit être âgé de plus de 18 ans.

Le remplacement de l'assistant parental ne peut pas dépasser 200h par année civile et 8h par semaine. Il se fait exclusivement au domicile de l'assistant parental.

Le remplaçant doit être couvert par une assurance responsabilité professionnelle, soit à travers une extension de l'assurance de l'assistant parental ou par une assurance propre.

**Personnes autorisées à remplacer l'assistant parental**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fait le .....à.....

Le parent <i>(Lu et approuvé)</i>	L'assistant parental <i>(Lu et approuvé)</i>
--------------------------------------	---

**Annexe 7 au contrat**

**Caution (sûreté réelle)**

Une somme de .....est versée sur le compte bancaire professionnel de l'assistant parental n° IBAN ..... ou remise contre reçu signé, daté par l'assistant parental.

Cette caution (sûreté réelle) n'est pas prise en compte dans le cadre du « Chèque-Service Accueil ».

Cette somme d'argent reste acquise à l'assistant parental en cas de :

- ✓ désistement d'inscription,
- ✓ non-paiement d'un mois d'accueil,

Pour le parent, cette caution (sûreté réelle) a comme sécurité d'engager l'assistant parental à réserver une place pour son enfant.

Dans le cas où les conditions du contrat ont bien été respectées, cette somme d'argent sera restituée en fin d'accueil au parent.

- par versement bancaire (n°Iban) : .....
- remise en main propre contre reçu

Fait le ..... à .....

Le parent <i>(Lu et approuvé)</i>	L'assistant parental <i>(Lu et approuvé)</i>
--------------------------------------	---

**Annexe 8 au contrat**

**Autorisation pour la prise et/ou publication d'images (photographies ou vidéos)**

A travers son activité professionnelle, l'assistant parental est amené durant son accueil à photographier et/ou filmer certaines activités réalisées avec les enfants. Ces images/vidéos sous une forme imprimée ou digitale sont utilisées pour différentes finalités telles que :

- Diffusion de photos journalières auprès des parents des enfants accueillis
- Support pour le projet d'établissement et/ou rapport d'activité
- Cahier de liaison
- Album photo personnel de l'enfant
- Support dans le cadre de formations continues
- Transmission pour supports illustratifs de l'agence Dageselteren (newsletter, Kanner Am Fokus, flyers, ...)

L'assistant parental (AP) s'engage à ne pas diffuser au-delà des finalités mentionnées ci-dessus. De même, le parent s'engage à ne pas diffuser des images qui lui ont été transmises par l'assistant parental ou d'autres enfants que son propre enfant y figurent.

Je soussigné(e) ..... parent de l'enfant.....

autorise l'AP à photographier ou à filmer mon enfant durant sa journée d'accueil  n'autorise pas

**En cas d'autorisation, le parent**

autorise l'AP à utiliser ou diffuser des photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre de l'accueil (voir les différentes finalités ci-dessus)  n'autorise pas

autorise la transmission d'images pour les supports de l'agence Dageselteren. En cas d'acceptation par le parent, l'agence Dageselteren s'engage à demander l'accord préalablement avant toute utilisation.  n'autorise pas

autorise l'AP à conserver dans ses archives les photos ou vidéos de mon enfant après la fin définitive de l'accueil

Remarque :

Je déclare être conscient(e) du fait que mon consentement pourra être retiré à tout moment. Toutefois, le retrait du consentement ne compromet pas la légitimité du traitement effectué avant ce retrait.

Fait le ..... à .....

Le parent  
(Lu et approuvé)

L'assistant parental  
(Lu et approuvé)

## Annexe 9 au contrat

### Notice d'information sur le traitement de données à caractère personnel

L'assistant parental, prestataire agréé par le Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse veille à appliquer la plus grande diligence pour accueillir avec professionnalisme les enfants. Dans ce contexte, l'assistant parental prend également toutes les mesures adéquates afin de garantir un traitement des données à caractère personnel des enfants ainsi que de leurs parents ou proches qui soit conforme, approprié et sécurisé.

Conformément aux articles 13 et 14 du règlement général de protection des données de l'Union européenne n° 679/2016 (ci-après le « RGPD »), les personnes responsables des enfants et les personnes concernées par le traitement sont informées comme suit :

- **Catégories de données traitées :**

- Données relatives à l'identification des représentants légaux
- Données relatives à l'identification de l'enfant
- Le cas échéant, données médicales de l'enfant
- Données relatives à l'encadrement
- Données relatives aux activités
- Données bancaires et financières
- Le cas échéant, données judiciaires
- Données relatives à d'autres proches de l'entourage de l'enfant

- **Source des données :**

Les données traitées sont fournies par les représentants légaux de l'enfant pris en charge, par un médecin ou par des personnes tierces autorisées à récupérer l'enfant de manière ponctuelle. Certaines données (notamment les données concernant le déroulement de l'accueil, les activités de l'enfant et son développement, les données concernant d'éventuels maladies ou accidents survenus lors de l'accueil de l'enfant, les photographies et films des enfants prises au cours des activités) sont recueillies par l'assistant parental.

- **Finalités et base légale du traitement de données :**

Les données sont traitées dans le but d'assurer un accueil optimal des enfants pris en charge, de subvenir à tous leurs besoins, d'assurer la communication avec les représentants légaux et autres proches en ce qui concerne le déroulement de l'accueil et de gérer la relation contractuelle.

Les bases légales du traitement de données sont les suivantes :

- Exécution du contrat d'éducation et d'accueil dans le cadre de l'activité d'assistance parentale
- Respect d'une obligation légale : La loi du 15 décembre 2017 portant réglementation de l'activité d'assistance parentale,
- Consentement des représentants légaux : notamment en ce qui concerne la santé de l'enfant, les photographies et les films pris dans le cadre de la prise en charge,

- Intérêts légitimes : notamment en ce qui concerne les données relatives aux habitudes de l'enfant, à ses centres d'intérêts et de loisirs, à ses activités et à son développement durant son accueil ainsi que les maladies et accidents pouvant survenir durant sa prise en charge,

- **Durée de conservation des données :**

Les données comptables et les pièces justificatives sont conservées pendant 10 ans après la fin du contrat, sous réserve de la prescription d'un éventuel litige. Les autres données (photos et/ou films) seront détruites au plus tard un an après la fin définitive de l'accueil de l'enfant à moins que les représentants légaux aient donné leur accord à travers l'annexe 8 pour la conservation des photos et vidéos au-delà de la fin d'accueil.

- **Responsable du traitement :**

Le responsable du traitement est l'assistant parental.

- **Catégories de destinataires des données :**

- Destinataire interne :

Seul l'assistant parental a accès aux données de l'enfant, de son représentant légal et de son entourage familial.

- Destinataires externes :

- Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
- agence Dageselteren
- Service National de la Jeunesse
- Syndicat Intercommunal de Gestion Informatique
- Association d'assurance Accident
- Autorités judiciaires
- Professionnels externes soumis à une obligation de secret professionnel
- Sous-traitants et prestataires de services

- **Droits des personnes concernées par les traitements de données :**

Les personnes concernées par un traitement de données personnelles ont certains droits, sous réserve des conditions et exceptions légales applicables. Chaque personne concernée a généralement les droits suivants :

- Droit d'accès à ses données
- Droit de rectification en cas de données incomplètes ou incorrectes
- Droit d'opposition, d'effacement et/ou de limitation
- Le cas échéant, droit à la portabilité de données traitées par des procédés automatisés en vertu d'un contrat ou du consentement

Pour exercer ses droits, chaque personne concernée peut contacter son assistant parental.

- **Question ou réclamation sur le traitement de données :**

Toute question ou réclamation concernant le traitement de données à caractère personnel peut être adressée par voie postale à l'assistant parental.

Si vous estimez, après avoir contacté l'assistant parental, que le traitement de données n'est pas conforme à la loi, vous pouvez saisir la Commission nationale pour la protection des données ([www.cnpd.lu](http://www.cnpd.lu)).