

ENFANT/KIND

NUMERO CARTE SÉCURITÉ SOCIALE: _____
KRANKENVERSICHERUNGSNUMMER: _____

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

Date et lieu de naissance: _____ à/in _____

Geburtsdatum und Ort: _____

Nationalité: _____

Nationalität: _____

Langues parlées: _____

Sprachen: _____

Rue, Numéro, CP/Ville: _____

Strasse, Nummer, PZ/Wohnort: _____

SITUATION FAMILIALE
FAMILIENVERHÄLTNIS

Responsable (m/f)
Verantwortlicher (m/w)

Conjoint/Compagnon (m/f)
Ehepartner/Lebensgefährt(e) (m/w)

N° matricule _____

Matrikelnummer _____

N° matricule _____

Matrikelnummer _____

Nom: _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

Lien de parenté avec l'enfant:
Verwandschaftsgrad zum Kind:

mère/Mutter
père/Vater
tuteur/Vormund

Rue, Numéro, CP/Ville:

Strasse, Nummer, PZ/Wohnort:

L- _____

Etat civil: marié(e)/verheiratet
Zivilstand: pacsé(e) / gepakst
divorcé(e)/geschieden
séparé(e)/getrenntlebend
veuf(ve)/Witwer(we)
célibataire/ledig

Indications utiles/Nützliche Angaben

N° Téléphone privé:
Privat Telefonnummer: _____

N° Gsm: _____

Handynummer: _____

N° de téléphone en cas d'urgence :
Telefonnummer bei Notfall: _____

Adresse E-mail: _____

E-mail Adresse: _____

Nom Employeur: _____

Name des Arbeitgebers: _____

N° Téléphone Employeur: _____

Telefonnummer Arbeitgeber: _____

Nom: _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

Lien de parenté avec l'enfant:
Verwandschaftsgrad zum Kind:

mère/Mutter
père/Vater
tuteur/Vormund

Rue, Numéro, CP/Ville:

Strasse, Nummer, PZ/Wohnort:

L- _____

Etat civil: marié(e)/verheiratet
Zivilstand: pacsé(e) / gepakst
divorcé(e)/geschieden
séparé(e)/getrenntlebend
veuf(ve)/Witwer(we)
célibataire/ledig

Indications utiles/Nützliche Angaben

N° Téléphone privé:
Privat Telefonnummer: _____

N° Gsm: _____

Handynummer: _____

N° de téléphone en cas d'urgence :
Telefonnummer bei Notfall: _____

Adresse E-mail: _____

E-mail Adresse: _____

Nom Employeur: _____

Name des Arbeitgebers: _____

N° Téléphone Employeur: _____

Telefonnummer Arbeitgeber: _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT
BEFUGTE PERSONEN DIE DAS KIND ABHOLEN DÜRFEN

Nom de l'enfant/Name des Kindes

1.

Nom: _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

2.

Nom: _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

3.

Nom: _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

4.

Nom: _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT
MEDIZINISCHE INFORMATIONEN DES KINDES

Médecin/Arzt: _____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie?*

Leidet das Kind an einer Krankheit?*

Traitement ou médication particulière:*

Spezifische medizinische Versorgung:*

Allergies ou intolérances:*

Allergien oder Unverträglichkeiten:*

**certificat médical à joindre/ärztliches Attest beizulegen*

Fait à/Erstellt in _____ le/am _____

Signatures des personnes ayant l'autorité parentale:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

Mère/Mutter

Père/Vater

Tuteur/Vormund

**VEUILLEZ SIGNALER TOUS CHANGEMENTS DE DONNEES PERSONNELLES AU CHARGE(E) DE DIRECTION DE LA MAISON RELAIS.
BITTE TEILEN SIE DEM "CHARGE(E) DE DIRECTION" DER MAISON RELAIS JEGLICHE ÄNDERUNGEN IHRER PERSONALDATEN MIT.**