

ENFANT/KIND

NUMERO CARTE CHEQUE-SERVICE: _____
CHEQUE-SERVICE KARTENNUMMER: _____

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

Date et lieu de naissance:
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/Lebensgefährte (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: (si autre que celle de l'enfant)
Strasse, Nummer, PZ/Wohnort: (falls abweichend zur Adresse vom Kind)

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: (si autre que celle de l'enfant)
Strasse, Nummer, PZ/Wohnort: (falls abweichend zur Adresse vom Kind)

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: _____ _____ Lien de parenté avec l'enfant: Verwandschaftsgrad zum Kind: _____ Rue, Numéro, CP/Ville: (si autre que celle de l'enfant) Strasse, Nummer, PZ/Wohnort: (falls abweichend zur Adresse vom Kind) _____ L- _____ _____ N° de téléphone _____ Telefonnummer _____	2. Nom: _____ Name: _____ _____ Prénom: _____ Vorname: _____ _____ Lien de parenté avec l'enfant: Verwandschaftsgrad zum Kind: _____ Rue, Numéro, CP/Ville: (si autre que celle de l'enfant) Strasse, Nummer, PZ/Wohnort: (falls abweichend zur Adresse vom Kind) _____ L- _____ _____ N° de téléphone _____ Telefonnummer _____
--	--

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT
MEDIZINISCHE INFORMATIONEN DES KINDES

Médecin/Arzt: _____

N° Téléphone/Telefonnummer: _____

 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

COURRIER/VERSAND

 Je désire recevoir le courrier par mail/Mail voie postale/Post
 Bitte die Unterlagen zu versenden per

Adresse Mail/ Mailadresse:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 JEGICHE ÄNDERUNGEN IHRER PERSONALDATEN MIT.