

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:

a/in

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: (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 AUTORISEES A 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

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 CRECHE.
BITTE TEILEN SIE DEM "CHARGE(E) DE DIRECTION" DER CRECHE JEDLICHE ÄNDERUNGEN IHRER PERSONALDATEN MIT.**