

**ENFANT/KIND**

**Marticule de l'enfant:** \_\_\_\_\_

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/Lebensgefährte (m/w)**

N° matricule \_\_\_\_\_  
Matrikelnummer \_\_\_\_\_

N° matricule \_\_\_\_\_  
Matrikelnummer \_\_\_\_\_

Nom:	_____
Name:	_____
Prénom:	_____
Vorname:	_____
Lien de parenté avec l'enfant:	
Verwandschaftsgrad zum Kind:	
	mère/Mutter <input type="checkbox"/>
	père/Vater <input type="checkbox"/>
	tuteur/Vormund <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Zivilstand:	pacsé(e) / gepakst <input type="checkbox"/>
	divorcé(e)/geschieden <input type="checkbox"/>
	séparé(e)/getrenntlebend <input type="checkbox"/>
	veuf(ve)/Witwer(we) <input type="checkbox"/>
	célibataire/ledig <input type="checkbox"/>
<b>Indications utiles/Nützliche Angaben</b>	
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 <input type="checkbox"/>
	père/Vater <input type="checkbox"/>
	tuteur/Vormund <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
Zivilstand:	pacsé(e) / gepakst <input type="checkbox"/>
	divorcé(e)/geschieden <input type="checkbox"/>
	séparé(e)/getrenntlebend <input type="checkbox"/>
	veuf(ve)/Witwer(we) <input type="checkbox"/>
	célibataire/ledig <input type="checkbox"/>
<b>Indications utiles/Nützliche Angaben</b>	
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:  
 Verwandtschaftsgrad 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:  
 Verwandtschaftsgrad 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 \_\_\_\_\_

3.

J'autorise le personnel de la Maison Relais à laisser mon enfant quitter seul la structure :  
 Ich erlaube dem Personal der Maison Relais mein Kind alleine fortgehen zu lassen :  
 oui/ja  non/nein   
 autorisation de sortie

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