

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: _____ a/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"/>
<u>Indications utiles/Nützliche Angaben</u>	
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"/>
<u>Indications utiles/Nützliche Angaben</u>	
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.