

ENFANT/KIND

NUMERO MATRICULE: _____

MATRIKELNUMMER: _____

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

FAIT a/Ersteilt 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 LACRECHE.
BITTE TEILEN SIE DEM "CHARGE(E) DE DIRECTION" DER CRECHE JEGLICHE ÄNDERUNGEN IHRER PERSONALDATEN MIT.**