

ENFANT/KIND

NUMERO MATRICULE: _____
MATRIKELNUMMER: _____

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:	<table> <tr> <td>mère/Mutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>père/Vater</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>tuteur/Vormund</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	mère/Mutter	<input type="checkbox"/>	père/Vater	<input type="checkbox"/>	tuteur/Vormund	<input type="checkbox"/>						
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: Zivilstand:	<table> <tr> <td>marié(e)/verheiratet</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>pacsé(e) / gepakst</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>divorcé(e)/geschieden</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>séparé(e)/getrenntlebend</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>veuf(ve)/Witwer(we)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>célibataire/ledig</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	marié(e)/verheiratet	<input type="checkbox"/>	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"/>
marié(e)/verheiratet	<input type="checkbox"/>												
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"/>												
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:	<table> <tr> <td>mère/Mutter</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>père/Vater</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>tuteur/Vormund</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	mère/Mutter	<input type="checkbox"/>	père/Vater	<input type="checkbox"/>	tuteur/Vormund	<input type="checkbox"/>						
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: Zivilstand:	<table> <tr> <td>marié(e)/verheiratet</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>pacsé(e) / gepakst</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>divorcé(e)/geschieden</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>séparé(e)/getrenntlebend</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>veuf(ve)/Witwer(we)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>célibataire/ledig</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	marié(e)/verheiratet	<input type="checkbox"/>	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"/>
marié(e)/verheiratet	<input type="checkbox"/>												
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"/>												
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/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 LACRECHE.
BITTE TEILEN SIE DEM "CHARGE(E) DE DIRECTION" DER CRECHE JEGLICHE ÄNDERUNGEN IHRER PERSONALDATEN MIT.