

ENFANT/KIND

Matricule: _____
Sozialversicherungsnummer: _____

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 _____
Sozialversicherungsnummer _____

N° matricule _____
Sozialversicherungsnummer _____

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"/>

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	<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"/>

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