

**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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'enfant:  
Verwandschaftsgrad zum Kind:

mère/Mutter   
père/Vater   
tuteur/Vormund

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)

Rue, Numéro, CP/Ville: (si autre que celle de l'enfant)  
Strasse, Nummer, PZ/Wohnort: (falls abweichend zur Adresse vom Kind)

\_\_\_\_\_ L- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ L- \_\_\_\_\_

Etat civil: marié(e)/verheiratet   
Zivilstand: divorcé(e)/geschieden   
séparé(e)/getrenntlebend   
veuf(ve)/Witwer(we)   
célibataire/ledig

Etat civil: marié(e)/verheiratet   
Zivilstand: divorcé(e)/geschieden   
séparé(e)/getrenntlebend   
veuf(ve)/Witwer(we)   
célibataire/ledig

**Indications utiles/Nützliche Angaben**

**Indications utiles/Nützliche Angaben**

N° Téléphone privé: \_\_\_\_\_  
Privat Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
N° Gsm: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_  
N° Fax: \_\_\_\_\_  
Faxnummer: \_\_\_\_\_  
Adresse E-mail: \_\_\_\_\_  
E-mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Nom Employeur: \_\_\_\_\_  
Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
N° Téléphone Employeur: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

N° Téléphone privé: \_\_\_\_\_  
Privat Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
N° Gsm: \_\_\_\_\_  
Handynummer: \_\_\_\_\_  
N° Fax: \_\_\_\_\_  
Faxnummer: \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

3.

J'autorise le personnel de la Maison Relais Biwer à laisser partir mon enfant seul selon les modalités convenues auparavant  
Wie vorher abgesprochen, erlaube ich dem Personal der Maison Relais Biwer, mein Kind alleine fortgehen zu lassen. \*oui/ja  \*non/nein

*\*Veuillez cocher la case correspondante/Bitte Zutreffendes ankreuzen*

**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