

**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:

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 \_\_\_\_\_

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: \*  
Spezielle 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.**