

FICHE DE RENSEIGNEMENT
INFORMATIONSFOMULAR
MAISON RELAIS **RAMBROUCH**

ENFANT/KIND

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)

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- _____

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: _____

Conjoint/Compagnon (m/f)
Ehepartner/Lebensgefährte (m/w)

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- _____

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

1.

Nom: _____

Prénom: _____

Vorname: _____

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

N° de téléphone _____

Telefonnummer _____

2.

Nom: _____

Name: _____

Prénom: _____

Vorname: _____

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

N° de téléphone
Telefonnummer

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT
MEDIZINISCHE INFORMATIONEN DES KINDES

L'enfant souffre-t-il d'une maladie?*

Traitement ou médication particulière: *
Spezifische medizinische Versorgung: *

Allergies ou intolérances:*

*Autres particularités alimentaires?**
*Besonderheiten bezüglich des Essens?**

*certificat medical à joindre/ärztliches Attest beizulegen

COURRIER/VERSAND

Adresse Mail/ Mailadresse:

[illegible]

Fait à/Erstellt in

Signatures des personnes ayant l'autorité parentale:
Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

VEUILLEZ SIGNALER TOUTS CHANGEMENTS DE DONNEES PERSONNELLES AU CHARGE(E) DE DIRECTION DE LA CRECHE / MAISON RELAIS
BITTE TEILEN SIE DEM "CHARGE(E) DE DIRECTION" DER CRECHE / MAISON RELAIS JEDLICHE ÄNDERUNGEN IHRER PERSONALDATEN MIT.