



## Fiche de renseignements

### Enfant – Kind

Nom:	Prénom:
Name:	Vorname:
Adresse:	
Adresse:	
CP:	Domicile:
Postleitzahl:	Wohnort:
Sexe:	
Geschlecht:	
Matricule:	Lieu de naissance:
Matrikelnummer:	Geburtsort:
Langue(s) parlée(s) à la maison:	Nationalité:
Sprache(n):	Nationalität:

### Situation familiale

L'enfant vit chez: ☐ sa mère ☐ son père  
 Das Kind lebt zusammen mit: seiner Mutter seinem Vater

Autre situation familiale: \_\_\_\_\_  
 Andere Familiensituation:

### Mère ou tutrice – Mutter oder Vormund

Nom:	Prénom:
Name:	Vorname:
Adresse:	
Adresse:	
CP:	Domicile:
Postleitzahl:	Wohnort:
Etat civil:	
Zivilstand:	
Tél. privé:	Tél. portable:
Privattnr.:	Mobiltelefon:
Tél. travail:	Adresse e-mail:
Telnr. Arbeit:	E-Mail Adresse:
Lieu de travail:	Taux d'occupation: %
Arbeitsstelle:	Belegungsgrad:

## Père ou tuteur – Vater oder Vormund

Nom:	Prénom:
Name:	Vorname:
Adresse:	
Adresse:	
CP:	Domicile:
Postleitzahl:	Wohnort:
Etat civil:	
Zivilstand:	
Tél. privé:	Tél. portable:
Privattelnr.:	Mobiltelefon:
Tél. travail:	Adresse e-mail:
Telnr. Arbeit:	E-Mail Adresse:
Lieu de travail:	Taux d'occupation: %
Arbeitsstelle:	Belegungsgrad:

## Personnes autorisées à venir chercher l'enfant Befugte Personen die das Kind abholen dürfen

Mère: <input type="checkbox"/>	Père: <input type="checkbox"/>
Mutter:	Vater:
<b>Autres/Andere:</b>	
1. Nom:	1. Prénom:
1. Name:	1. Vorname:
Lien de parenté:	Tél.:
Verwandtschaftsgrad:	Telnr.:
2. Nom:	2. Prénom:
2. Name:	2. Vorname:
Lien de parenté:	Tél.:
Verwandtschaftsgrad:	Telnr.:
3. Nom:	3. Prénom:
3. Name:	3. Vorname:
Lien de parenté:	Tél.:
Verwandtschaftsgrad:	Telnr.:
4. Nom:	4. Prénom:
4. Name:	4. Vorname:
Lien de parenté:	Tél.:
Verwandtschaftsgrad:	Telnr.:

**Renseignements médicaux de l'enfant**  
**Medizinische Informationen des Kindes**

Médecin:

Tél.:

Arzt:

Telnr.:

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

Leidet das Kind an einer chronischen Krankheit?

Traitement ou médication particulière:

Spezifische medizinische Versorgung:

Allergies ou intolérances:

Allergien oder Unverträglichkeiten:

Interdits alimentaires pour des raisons d'ordre religieux, philosophique ou culturel :

Nahrungstabu aus religiösen, philosophischen oder kulturellen Gründen:

Est-ce que votre enfant est vacciné ?

☐ OUI ☐ NON

**Si OUI, veuillez svpl. joindre une copie de la carte de vaccination.**

**Autorisation photos/films**  
**Erlaubnis Fotos/Filme**

Sauf avis contraire (dans ce cas veuillez biffer et signer cet alinéa), j'autorise que des photos/films soient pris de mon enfant dans le cadre de publications de presse et que certaines activités de la Maison Relais seront documentées sous forme d'images.

Ich erlaube hiermit (andernfalls bitte diesen Abschnitt durchstreichen und unterzeichnen), dass Fotos/Filme von meinem Kind im Rahmen von Presseveröffentlichungen und Dokumentation verschiedener Aktivitäten der Maison Relais aufgenommen werden.

## **Autorisation à prendre des mesures d'urgences Erlaubnis Notfallmaßnahmen**

J'autorise le personnel éducatif de la Maison Relais à prendre des mesures d'urgence qui s'imposent pour faire assurer, en cas d'urgence, les soins médicaux nécessaires à mon enfant.

Je donne dès à présent pleine et entière décharge quant aux conséquences des actes nécessaires ordonnés par le personnel éducatif sauf faute grave ou négligence manifeste. Dans le cadre des soins quotidiens et en cas de chute et/ou de blessure, le personnel éducatif pourra utiliser les produits suivants :

- CEDIUM en spray pour désinfecter
- Arni Stick/Crème contre les coups et hématomes
- ISO Bétadine pour traiter les affections cutanées suintantes
- Euceta, Systral en cas de piqûres d'insectes et coups de soleil
- Crème solaire pour protéger la peau du soleil

Fait à \_\_\_\_\_, le (date) \_\_\_\_\_

Erstellt in \_\_\_\_\_, am (Datum)

**Signature des personnes ayant l'autorité parentale:  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten:**

\_\_\_\_\_  
**Mère/Mutter    Père/Vater    ou tuteur  
oder Vormund**