

FICHE PERSONNELLE

Nom: Prénom:

Adresse:

.....

Date de naissance: N° de sécurité sociale:

Lieu de naissance:

Nationalité: Religion:

Langue(s) parlée(s) à la maison:

Arrivée au Luxembourg : Pays d'origine :

	Père	Mère
Nom:		
Prénom:		
Adresse:		
		
Téléphone:		
N° de GSM:		
E-mail :		
Profession:		
Lieu de travail:		
Téléphone : (au travail)		
N° de sécurité sociale:		
Caisse de maladie:		
<u>Contact en cas d'urgence :</u> <i>(au cas où les parents ne sont pas joignables)</i>		
1.	Tel:	
2.	Tel :	
<u>Médecin de famille:</u> Tél.:		

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Oui / Non

Si oui, laquelle ?

.....

Votre enfant a-t-il une allergie ? (p.ex. médicaments, aliments, animaux, ...) Oui / Non

Si oui, laquelle ?

.....

Votre enfant nécessite-t-il des médicaments ? Oui / Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Y a-t-il un aliment que votre enfant ne peut pas manger ? (religion ou autre raison) Oui / Non

.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant à part les parents:

Nom:

Prénom:

Tél.:

Frères et soeurs:

Nom:

Prénom:

Cycle:

Avec cette signature, je donne l'autorisation au corps enseignant de consulter un médecin ou d'appeler une ambulance en cas d'urgence.

Date:

Signature:

Veuillez s.v.p. remettre ce formulaire rempli le **15 septembre 2025**.

Merci d'avance

Meilleures salutations
Les institutrices du précoce et du cycle 1

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Vorname:

Adresse:

.....

Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer:

Geburtsort:

Nationalität: Religion:

Zu Hause gesprochene Sprache(n):

In Luxemburg seit : Ursprungsland :

Vater

Mutter

Name:

Vorname:

Adresse:

.....

Privatnummer:

Handynummer:

Email:

Beruf:

Ort des Berufs:

Telefon:

(am Berufsort)

Sozialversicherung:.....

Krankenkasse:

Im Notfall, bitte informieren: (Im Fall wo die Eltern nicht erreichbar sind)

1. Tel:

2..... Tel:.....

Familienarzt: Tel:

Leidet Ihr Kind an einer Krankheit ?

Ja / Nein

Wenn ja, welche ? _____

Hat Ihr Kind eine Allergie ? (z.B. Medikamente, Lebensmittel, Tiere, ...)

Ja / Nein

Wenn ja, welche ? _____

Braucht Ihr Kind Medikamente ?

Ja / Nein

Wenn ja, welche ? _____

Gibt es ein Lebensmittel, welches ihr Kind nicht konsumieren darf? (z.B Religion) Ja/Nein

Wenn ja, welche? _____

Weitere Personen, welche, außer den Eltern das Kind abholen dürfen:

Name:

Vorname:

Tel:

Geschwister:

Name:

Vorname:

Zyklus:

Mit dieser Unterschrift gebe ich die Erlaubnis, dass die Lehrpersonen im Notfall einen Arzt konsultieren oder gar den Krankenwagen rufen dürfen.

Datum:

Unterschrift:

Wir bitten Sie, diesen Zettel am **15. September** ausgefüllt mitzugeben.

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Die Lehrerinnen vom Précocé und Cycle 1