

# 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: .....

Hat Ihr Kind eine chronische 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 Précoce und Cycle 1