

CRECHE BARBARA

(de 0 à 4 ans) / (von 0 bis 4 Jahre)

8, rue des Septfontaines L-2534 Luxembourg - R Tél. : 27 44 60 <input type="checkbox"/>	228, rue de Beggen L-1220 Luxembourg - B Tél. : 42 30 29 <input type="checkbox"/>	26-28, rue de la Déportation L-1415 Luxembourg - G Tél.:26 89 72 11 ou le 26 44 10 59 <input type="checkbox"/>	3B, Um Salzwasser L-6661 Bour - Born Tél. : 26 74 21 55 <input type="checkbox"/>	118, rue de Mühlenbach L-2168 Luxembourg - M Tél : 24 52 71 28 <input type="checkbox"/>	457, route de Longwy L-1941 Luxembourg - Merl Tél : 27 76 43 50 <input type="checkbox"/>
62, rue de Belvaux L-4025 Esch/Alzette Tél. : 26 17 68 95 <input type="checkbox"/>	35, rue de Luxembourg L-7480 Tuntange Tél. : 26 61 03 48 <input type="checkbox"/>				

Email : contact@crechebarbara.lu

Site : www.crechebarbara.lu

Fiche d'inscription et de renseignements

L'enfant/ Das Kind :

Nom et prénom de l'enfant : _____
Name und Nachname des Kindes

Date et lieu de naissance : _____
Geburtsdatum und Geburtsort

Nationalité : _____
Nationalität :

Matricule: _____

Sexe: feminin masculin
Geschlecht: weiblich männlich

Langues: Luxembourgeois oui non connaissances de base
Sprachen : Luxemburgisch ja nein Grundkenntnisse

Français oui non connaissances de base
Französisch ja nein Grundkenntnisse

Allemand oui non connaissances de base
Deutsch ja nein Grundkenntnisse

Autres langues _____
Andere Sprachen

Date d'entrée : _____ Horaire de l'enfant : _____
(Eintrittsdatum)

Heure d'arrivée : _____ Heure de retour : _____
(Ankunftszeit) (Abfahrtszeit)

Situation familiale/ Familiäre Begebenheiten

Personne responsable/tuteur:
Erziehungsberechtigter

Nom: _____
Name:

Prénom: _____
Vorname:

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Adresse: _____
Zuschrift

Tél. privé: _____
Private Telefonnummer

Gsm: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Etat civil: _____
Personenbestand

Conjoint :
Ehepartner/ Lebenspartner :

Nom : _____
Name:

Prénom : _____
Vorname:

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Adresse: _____
Zuschrift

Tél. privé: _____
Private Telefonnummer

Gsm: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Situation professionnelle/ Berufssituation:

Personne responsable/ Tuteur
Erziehungsberechtigter

Profession: _____
Beruf

Employeur: _____
Arbeitgeber

Horaire de travail: _____
Arbeitszeit

Tél. travail : _____
Arbeitstelefonnummer

Conjoint
Ehepartner, Lebenspartner

Profession: _____
Beruf

Employeur: _____
Arbeitgeber

Horaire de travail: _____
Arbeitszeit

Tél. travail : _____
Arbeitstelefonnummer

Personnes à contacter en cas d'urgence, autre que les parents

Kontaktpersonen, welche bei Abwesenheit der Eltern zu kontaktieren sind

Nom: _____
Name: _____

Nom : _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

Prénom : _____
Vorname: _____

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Adresse : _____
Zuschrift

Adresse : _____
Zuschrift

Tél.privé: _____
Private Telefonnummer

Tél.privé: _____
Private Telefonnummer

Tél.Gsm: _____

Tél.Gsm: _____

Personnes autorisées en dehors des parents, à reprendre les enfants:

Personen welche neben den Eltern erlaubt sind, die Kinder abzuholen:

Personne 1

Personne 2

Nom: _____
Name: _____

Nom : _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

Prénom : _____
Vorname: _____

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Tél.privé: _____
Private Telefonnummer

Tél.privé: _____
Private Telefonnummer

Gsm: _____

Gsm: _____

Personne 3

Personne 4

Nom: _____
Name: _____

Nom : _____
Name: _____

Prénom: _____
Vorname: _____

Prénom : _____
Vorname: _____

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Parenté: (avec l'enfant) _____
Verwandtschaftsgrad

Tél. privé: _____
Private Telefonnummer

Tél. privé: _____
Private Telefonnummer

Gsm: _____

Gsm: _____

Fiche médicale

Est-ce que votre enfant nécessite un encadrement spécifique: oui non

Benötigt ihr Kind eine spezielle Betreuung : ja nein

Si oui, laquelle: _____

Wenn ja, welche:

Médecin(s) connaissant le mieux l'état de santé de votre enfant.

Arzt(e), welche(r) am Besten den Gesundheitszustand ihres Kindes kennt

Nom, adresse et téléphone:

Name, Anschrift, Telefonnummer:

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique/ suit-il un traitement spécifique/médication particulière.

Leidet ihr Kind unter einer chronischen Krankheit, ist es in spezieller Behandlung, nimmt es spezielle Medikamente

Si oui, veuillez s.v.p. annexer une copie de la prescription médicale

Wenn ja, bitte fügen Sie die ärztliche Verordnung bei

Une copie de la carte de vaccination est à joindre obligatoirement

Das Beilegen einer Kopie der Impfkarte ist Pflicht

Accord pour un suppositoire (Paracétamol) au-dessus de 38,5° : oui non

Accord pour des sorties à pied : oui non

Accord pour des sorties en bus : oui non

Je soussigné(e), reconnaît avoir pris connaissance du règlement de la crèche, d'en comprendre et d'en accepter les termes. Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée à partir de la date d'entrée de l'enfant.

Est-ce que l'enfant porte: des lunettes oui non

Trägt ihr Kind : eine Brille oui non

un appareil auditif oui non

ein Hörgerät

un appareil orthodontique oui non

eine Zahnspange.....

autres _____

andere

Autres remarques _____

Signature des parents/ du tuteur