

# Service Krank Kanner Doheem – Anmeldeformular

▪ 95, rue de Bonnevoie ▪ L-1260 Luxembourg ▪ Tel. : 48 07 79 ▪ Fax 48 07 79-77 ▪ [www.fed.lu](http://www.fed.lu) ▪ [krankkanner@pt.lu](mailto:krankkanner@pt.lu) ▪

**Kind(er) :**

**Name und Vorname**

**Versicherungsnummer**

**Nationalität**

**Adresse :** .....

**Ortschaft :**

L-

**E-mail :**

**Sprache :**

**Name und Vorname des Vaters :** .....

**Versicherungsnummer :**

**Tel. :**

**Mobiltelefon :**

**Arbeitgeber :**

**Name und Vorname der Mutter :** .....

**Versicherungsnummer :**

**Tel. :**

**Mobiltelefon :**

**Arbeitgeber :**

**Familiensituation :**

Verheiratet    PACS    Zusammenlebend    Alleinerziehend    Geteiltes Sorgerecht

**Allergien :**

**Gesundheitliche Vorgeschichte des Kindes :**

**Zusätzliche Bemerkungen :**

**Unterschrift :** .....

Datum : ....., den ..... 20 .....