



AM GLÄICHGEWICHT

Centre de psychomotricité et de psychologie

2, Brucherstrooss
L-6831 Berbourg

Tél. : 26 71 09 80 - 23
Fax : 26 71 09 80 - 21
www.amgleichgewicht.lu

Familiennamen des Kindes.....

Vorname des Kindes:

Sozialversicherungsnummer:

geb. in:

Nationalität:

lebt bei: Mutter Vater Großeltern Heim Pflegefamilie

Straße: Ort:

Tel: Handy: E-Mail:

Name/Ort der Schule:

..... Klasse:

Name des Lehrers: Tel:

E-Mail:

Kinderarzt:

Name des Vaters:

Sozialversicherungsnummer:

Nationalität:

Beruf: Std./Woche:

sorgeberechtigt: Ja Nein

Name der Mutter:

Sozialversicherungsnummer:

Nationalität:

Beruf: Std./Woche:

sorgeberechtigt: Ja Nein

Der/die Unterzeichnende(n) erklärt/erklären sich damit einverstanden, dass die aus dem vorliegenden Fragebogen gewonnenen Daten, wie auch die später hinzugewonnenen Daten, durch die Mitarbeiter des „AM GLAICHGEWICHT“, registriert und im Rahmen der Arbeit verwendet werden dürfen.

Die gesammelten Daten unterliegen der Schweigepflicht.

Entsprechend des Gesetzes vom 2. August 2002 bezüglich des Schutzes der Person in Hinsicht auf den Umgang mit persönlichen Daten, haben die betroffenen Personen ein Informationsrecht, ein Recht auf Zugriff der Daten, auf die Richtigstellung der Daten sowie ein Einspruchsrecht gegen die Datenverwertung.

Datum: Ort:

Name, Vorname

Unterschrift

Vater
Mutter
Gesetzlicher Vertreter