



1. Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

 divers männlich weiblich Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Hausarzt des Kindes: _____ Telefon: _____

Anschrift d. Hausarztes: _____

Gewünschte Aufnahme in der Einrichtung am: _____

Überstandene Krankheiten des Kindes: _____

Allergien oder chronische Erkrankungen: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft? Ja NeinWird/ wurde ihr Kind therapeutisch begleitet? Ja Nein Ergotherapie, seit: _____ Logopädie, seit: _____ Frühförderung, seit: _____ Physiotherapie/KG, seit: _____ Sonstiges _____ seit: _____

Ernährungsbesonderheiten:

 vegetarisch kein Schweinefleisch sonstiges: _____

2. Angaben zu Geschwistern

Vorname: _____ geb. am: _____



3. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

1. Name / Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____ Sorgeberechtigt: Ja

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____ Dienstlich: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

z.Zt. berufstätig: Nein Ja Vollzeit Teilzeit

Bemerkungen zu den Arbeitszeiten: _____

2. Name / Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____ Sorgeberechtigt: Ja

Telefon Festnetz: _____ Mobil: _____ Dienstlich: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

z.Zt. berufstätig: Nein Ja Vollzeit Teilzeit

Bemerkungen zu den Arbeitszeiten: _____

Das Kind lebt bei beiden Erziehungsberechtigten Das Kind lebt bei _____

Sonstiges: _____

(Ort / Datum) _____ , den _____

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten