

DATENBLATT

Name des Kindes

Geburtsdatum

Notfall-Telefonnummern

Name	Telefonnummer

Anmeldung für

Kinderkrippe

Kindergarten



Daten zum Kind:

Zuname Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Hauptwohnsitz

Staatsangehörigkeit

Erstsprache (Muttersprache)

Religionsbekenntnis

Sozialversicherungsnummer

Chronische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Asthma, ...)

Ja Nein *Art der Erkrankung:*

Bekannte Allergien (z.B. Nahrungsmittel, Hausstaub, ...) *(nur ärztlich befundete Allergien angeben!)*

Ja Nein *Art der Allergie:*

Darf das Kind bestimmte Lebensmittel nicht zu sich nehmen? (z.B. Schweinefleisch, ...)

Ja Nein *Anmerkung:*

Benötigt Ihr Kind einen erhöhten Förder- und Betreuungsaufwand?

Ja Nein *Anmerkung:*

Dürfen dem Kind bei einem Atomunfall Kaliumjodid-Tabletten verabreicht werden?

Ja Nein

Geschwister:

Name

Geburtsjahr

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



Daten zu den Obsorgeberechtigten:

Zuname Vorname	Verhältnis zum Kind (Mutter, Vater, Pflegemutter, ...)
<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Familienstand
<input type="text"/>	
Hauptwohnsitz O siehe Kind	Nebenwohnsitz
<input type="text"/>	
Beruf	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit	
Telefonnummer 1	Telefonnummer 2
<input type="text"/>	
e-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	

Zuname Vorname	Verhältnis zum Kind (Mutter, Vater, Pflegemutter, ...)
<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Familienstand
<input type="text"/>	
Hauptwohnsitz O siehe Kind	Nebenwohnsitz
<input type="text"/>	
Beruf	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit	
Telefonnummer 1	Telefonnummer 2
<input type="text"/>	
e-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	



Eintrittsdatum

Geplantes Eintrittsdatum:

Tatsächliches Eintrittsdatum (wird von der Institution ausgefüllt!):

Voraussichtlicher Zeitbedarf

Zu welchen Zeiten wird Ihr Kind voraussichtlich die Kinderkrippe / den Kindergarten besuchen?

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|-----|----------------------|-----|
| <input type="radio"/> Montag | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Dienstag | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Mittwoch | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Donnerstag | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Freitag | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |

Ich habe die Hausordnung erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen:

Ja

Mein Kind darf von der mobilen Sonderkindergartenpädagogin / vom mobilen Sonderkindergartenpädagogin betreut werden:

Ja Nein

Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten, gelesen, zutreffendes angekreuzt und unterschrieben:

Ja



Datenblatt wurde ausgefüllt

am: _____

von: _____

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass jegliche Änderungen (vor allem Telefonnummern!) SOFORT bekanntgegeben werden müssen.

Unterschrift Obsorgeberechtigte/r

Unterschrift Obsorgeberechtigte/r

Änderungen:

Datum	Änderung	Unterschrift

