

(Stampiglie des Kindergartens)	Datum Erstgespräch:
	Eintrittsdatum:
	Austrittsdatum:

Angaben zum Kind:		
Vorname:	Familiennamen:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:	
Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:	
Religionsbekenntnis:	Geschwister:	
Kinderbetreuung bisher:		
Anmeldung:	<input type="radio"/> Halbtags	<input checked="" type="radio"/> Halbtags mit Essen
		<input checked="" type="radio"/> Ganztags

Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigte:	
Vorname:	Familiennamen:
Beziehung zum Kind:	Beruf:
Arbeitgeber:	Vollzeit / Teilzeit:
Straße:	PLZ: Ort:
Geburtsdatum:	Staatsbürgerschaft:
Muttersprache:	Religionsbekenntnis:
Vorname:	Familiennamen:
Beziehung zum Kind:	Beruf:
Arbeitgeber:	Vollzeit / Teilzeit:
Straße:	PLZ: Ort:
Geburtsdatum:	Staatsbürgerschaft:
Muttersprache:	Religionsbekenntnis:

Im Notfall zu verständigen			
Name	Bezug zum Kind	Telefonnummer	E-Mail

Personen, die das Kind vom Kindergarten abholen dürfen		
Name	Bezug zum Kind	Telefonnummer

Personen, die das Kind NICHT vom Kindergarten abholen dürfen	
Name	Bezug zum Kind
Angaben zum Kind	
Geburtsverlauf:	
Bewegungsentwicklung:	Krabbeln: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sprachentwicklung:	
Spezielle Förderung bisher:	
Essgewohnheiten:	
Sauberkeitserziehung:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Schlafgewohnheiten:	<input type="radio"/> Mittagsschlaf JA <input type="radio"/> Mittagsschlaf NEIN <input type="radio"/> schläft alleine <input type="radio"/> hat einen Schnuller <input type="radio"/> andere (welche?)

Anfallskrämpfe:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Fieberkrämpfe:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diät:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hörhilfen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sehhilfen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Orthopädische Hilfen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Pseudokrupp:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Neurodermitis:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zuckerkrankheit:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Medikamente:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
FSME geimpft:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tetanus geimpft:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Allergien: Wenn Ja, welche:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lebensmittelunverträglichkeiten: Wenn Ja, welche:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Kaliumjodidtabletten
Ich bin mit der Verabreichung von Kaliumjodidtabletten im Ernstfall einer großräumigen radioaktiven Verunreinigung einverstanden. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

--

Veröffentlichung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind in sämtlichen Medien in Zusammenhang mit dem Betrieb veröffentlicht werden darf. o Ja o Nein
--

Kooperation Kindergarten & Schule
--

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über das Kind an die zuständige Volksschule (LehrerIn) weitergeleitet werden dürfen! o Ja o Nein
--

Anmerkungen bzw. worauf besonders zu achten ist
--

--

Unterschrift der Erziehungs- bzw. Obsorge berechtigten

Datum

Unterschrift

Unterschrift der KindergartenleiterIn oder PädagogIn

Datum

Unterschrift