

## Erhebungsbogen

**Gewünschte Aufnahme in:**

- 
- Regelkindergarten mit integrativer Kooperation

**Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:**

- 
- Andere Eltern
- 
- 
- Arzt/Ärztin, TherapeutIn, welche?
- 
- 
- Frühförderstelle, welche?
- 
- 
- Andere Einrichtung, welche?
- 
- 
- Ausgelegtes Informationsmaterial, wo?
- 
- 
- Internet
- 
- 
- Zeitungsanzeige, welche?

<b>Name und Vorname des Kindes:</b>		<b>lebt</b> <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> beim Vater	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:			
Telefonnummer:		Fax:	e-mail:
<b>Name des Vaters:</b>		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:	
Familienstand:		erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:		ganztags / halbtags	
ArbeitgeberIn:			
<b>Name der Mutter:</b>		Geburtsdatum:	
geborene:			
Anschrift:			
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:	
Familienstand:		erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:		ganztags / halbtags	
ArbeitgeberIn:			

<b>Geschwister:</b> Name und Geburtsjahr:		
---	--	--

evtl. <b>andere Erziehungsberechtigte</b> oder BetreuerInnen (Name / Anschrift / Telefonnummer):	
--	--

Bisher Krippe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)		
Medikamente:		
Kinderarzt	Name:	Anschrift / Telefon:

Klinikaufenthalte, bisherige, etc.	
---------------------------------------	--

Vorgelegte Unterlagen (in Kopie)	<b>für Aufnahme unbedingt erforderlich</b> <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches  <b>wünschenswert</b> <input type="checkbox"/> Berichte über bisherige Klinikaufenthalte
-------------------------------------	---

Krankenkasse	Name	Anschrift
Privat / gesetzlich? Zusatzversicherung?	Name	Versicherte/r
Gewünschte Aufnahme in Kindergarten	Datum	
Warum wollen sie ihr Kind in eine integrative Kindergartengruppe gebe		

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------