**Kindergarten Au**

**Klosterhof 1**

**83546 Au am Inn**

Persönliche Angaben des Kindes und der Eltern

Bei den mit **\***) gekennzeichneten Feldern handelt es sich um gesondert erbetene freiwillige Angaben

|  |
| --- |
| Angaben zum Kind  Name: Vorname: |
| Straße und Nr.: |
| PLZ/Wohnort: |
| Telefon: |
| Geburtsdatum: Geburtsort/Land: |
| Geschlecht: w m Konfession: |
| Staatsangehörigkeit: |
| Welche Sprache spricht das Kind? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Das Kind hat bereits eine andere Einrichtung besucht. Ja Nein  Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vorname und Geburtsdatum der Geschwister **\***)  1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Hausarzt des Kindes, der im Bedarfsfall konsultiert werden kann:  -im Notfall auch jeder andere Arzt-  Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Name der Krankenkasse/Krankenversicherung **\***): |
| Besonderheiten hinsichtlich Gesundheit oder Konstitution des Kindes  (z.B. Allergien, chronische Krankheiten etc.):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Impfstatus/ Datum der letzten Tetanusimpfung: |
| Erhält ihr Kind bereits Fördermaßnahmen (z.B. Logopädie, Ergotherapie…)?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Kind erhält Eingliederungshilfe:  -Bescheinigung gültig bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sonstige Bemerkungen (z.B. Sorge-/ Besuchsrecht, falls nicht beide Eltern sorgeberechtigt sind):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Angaben zu den Eltern:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Personensorgeberechtigte/  Mutter | Personensorgeberechtigte/  Vater |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Straße und Nr. |  |  |
| PLZ/ Wohnort |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Geburtsort/ Land |  |  |
| Telefon (Privat) |  |  |
| Telefon (Dienstlich) |  |  |
| Mobilfunknummer |  |  |
| Fax \*) |  |  |
| Email \*) |  |  |
| Beruf \*) |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Konfession \*) |  |  |
| Familienstand |  |  |

Neben den oben genannten Personensorgeberechtigten sind zu Abholung des Kindes berechtigt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Abholberechtigte 1 | Abholberechtigte 2 |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Straße und Nr. |  |  |
| PLZ/ Wohnort |  |  |
| Telefon tagsüber |  |  |
| Mobilfunknummer |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Abholberechtigte 3 | Abholberechtigte 4 |
| Name |  |  |
| Vorname |  |  |
| Straße uns Nr. |  |  |
| PLZ/ Wohnort |  |  |
| Telefon tagsüber |  |  |
| Mobilfunknummer |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/ Personensorgeberechtigten

