



|  |  |
| --- | --- |
| **Vor- und Zuname des Kindes:** | |
| Geburtsdatum: | Religion: |
| Geburtsort: | Wohnadresse: |
| Staatsbürgerschaft: |  |

Kinderarzt:

Sind alle entsprechenden Schutzimpfungen vorhanden ? :

Geschwister ( Name und Geburtsdatum):

Wer ist im Notfall zu verständigen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Mutter** |  | **Vater** |
| **Vor- und Zuname:** |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |  |
| Geburtsort: |  |  |  |
| Religion: |  |  |  |
| Staatsbürgerschaft: |  |  |  |
| Beruf: |  |  |  |
|  | * vollzeit * teilzeit * arbeitssuchend |  | * vollzeit * teilzeit * arbeitssuchend |
| Tel. privat: |  |  |  |
| Tel. Arbeitsplatz: |  |  |  |
| Alleinerzieher: | * ja |  | * ja |

* **Halbtageskindergarten (max. 6 Std.)**
* **Ganztageskindergarten (max. 8 Std.)**
* **Ganztag erweitert (max. 10 Std.)**

Ich nehme für mein Kind folgende

Betriebsform in Anspruch:

Bei Besuch des Ganztageskindergartens ist darauf zu achten, dass die Aufenthaltsdauer Ihres Kindes das gesetzliche Höchstmaß von täglich 8 Stunden (in begründeten Ausnahmefällen 10 Stunden) in der Einrichtung nicht überschreiten darf. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Bildungsarbeit im Kindergarten einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des ErziehungsberechtigtenZusatzinformationen zur Anmeldung im Kindergarten

(Diese werden streng vertraulich behandelt!)

Von wem darf Ihr Kind in den Kindergarten gebracht bzw. abgeholt werden:

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

Warum geben Sie Ihr Kind in den Kindergarten? (kurze Gedanken)

Besonderer Wunsch zur Anmeldung ( Freunde, Gruppe…):

Geburtsverlauf:

* normal
* Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt...)

Wenn ja, welche:

Durchgemachte Kinderkrankheiten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besonderheiten (z.B. Allergien, Herzschwäche):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Medikamente bekommt ihr Kind:

\*regelmäßig: \*im Notfall:

Gibt es etwas Besonderes im Leben Ihres Kindes, das für uns zu wissen wichtig wäre (traumatische Ereignisse, Ängste, Tod von Familienangehörigen….):

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

Haben Sie bei ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein | Bin mir nicht sicher |
| In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)? |  |  |  |
| Ist ihr Kind mehrsprachig aufgewachsen:  Wenn ja; Sprache: |  |  |  |
| In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern...)? |  |  |  |
| Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)? |  |  |  |
| In der Konzentration? |  |  |  |
| Wurde ein Sehtest gemacht? |  |  | Ergebnis: |
| Wurde ein Hörtest gemacht? |  |  | Ergebnis: |
| Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen?  Wenn ja Welche? |  |  |  |

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!