

## Datenblatt

### Angaben zum Kind

Vorname				Nachname			
Geburtsdatum		Vers-Nr.		Geburtsort		Religion	
Plz		Ort		Straße		Hausnummer	
Staatsbürgerschaft				Muttersprache			

**Mutter**

\_\_\_\_\_  
Vorname - Nachname

Wohnadresse:  
\_\_\_\_\_  
Hausnummer/Straße

\_\_\_\_\_  
Plz/Ort

Geburtsdatum      Vers-Nr.

Telefonnummer:  
\_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitsplatz  
\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz  
\_\_\_\_\_

**Vater**

\_\_\_\_\_  
Vorname - Nachname

Wohnadresse:  
\_\_\_\_\_  
Hausnummer/Straße

\_\_\_\_\_  
Plz/Ort

Geburtsdatum      Vers-Nr.

Telefonnummer:  
\_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitsplatz:  
\_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz  
\_\_\_\_\_

### Personen, die das Kind bringen/abholen dürfen:

Name	Verhältnis zum Kind	Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten





## Datenblatt

Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ Sprachbeginn: \_\_\_\_\_

zu laufen begonnen: \_\_\_\_\_ Besondere Gewohnheiten: \_\_\_\_\_

Hausarzt: _____	Kinderarzt: _____
-----------------	-------------------

### Impfungen:

FMSE <input type="checkbox"/>	Di-Te-Per-(6fach Impfung) <input type="checkbox"/>	Hep. B <input type="checkbox"/>	Hep. A <input type="checkbox"/>
Polio <input type="checkbox"/>	Masern-Mumps-Röteln <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	
andere: _____			

### Kinderkrankheiten:

Masern <input type="checkbox"/>	Windpocken <input type="checkbox"/>	Mumps <input type="checkbox"/>	Allergien: _____
Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>	Scharlach <input type="checkbox"/>	_____
sonstige Krankheiten: _____			

Hörhilfen: \_\_\_\_\_ Sehhilfen: \_\_\_\_\_ orthop. Hilfen: \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name: _____	Geburtsdatum: _____

Kindergarteneintritt: \_\_\_\_\_ Kindergartenaustritt: \_\_\_\_\_