

## Angaben über das Kindergartenkind

---

(Name, Vorname des Kindes)

---

(Geburtsdatum, -ort; Staatsangehörigkeit; Religionszugehörigkeit)

---

(**Aufnahme:** Datum, Betreuungsform)

---

(**Ummeldung:** Datum, Betreuungsform)

---

(**Abmeldung:** Datum)

---

## Angaben über die Eltern/Erziehungsberechtigten

### Vater:

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

---

(Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit)

---

(ausgeübter Beruf)

---

(Arbeitgeber)

---

(Tel.: priv./dienstl.)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(Postleitzahl, Ort)

---

Mailadresse

Sorgerecht: JA  NEIN

### Mutter:

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

---

(Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit)

---

(ausgeübter Beruf)

---

(Arbeitgeber)

---

(Tel.: priv./dienstl.)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(Postleitzahl, Ort)

---

Mailadresse

Sorgerecht: JA  NEIN

---

### Geschwister:

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

**Überstandene Krankheiten des Kindergartenkindes:**

- Masern     Keuchhusten     Scharlach     Diphtherie     Mumps  
 Röteln     Windpocken     Kinderlähmung    (Zutreffendes ankreuzen)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zuständige Krankenkasse für den Fall dringender Behandlung:** \_\_\_\_\_

**Schutzimpfung:**

\_\_\_\_\_

(welche)

**Tetanus - Impfung:** \_\_\_\_\_

(wann zuletzt)

**Masernimpfung:** \_\_\_\_\_

**Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung:**

(z.B.: Krampfleiden, Allergien, Diabetes, etc.)

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

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass **im Falle einer Verletzung** oder plötzlichen Erkrankung meines/unseres Kindes die Erste Hilfe durch den vom Kindergartenpersonal herbeigerufenen Arzt geleistet wird.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Mutter/des Vaters bzw. der Erziehungsberechtigten)