

Name des Kindes:

Vorname:

Geb. am:

Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname des Vaters:

Name, Vorname der Mutter:

Anschrift der Erziehungsberechtigten:

Telefonnr.:

Im Notfall zu benachrichtigen (falls Erziehungsberechtigte nicht erreichbar):

Telefonnr.:

Hausarzt:

Anschrift mit Telefonnr.:

Krankenkasse:

Aufenthalt im Krankenhaus (mit Zeitangabe):

Besuch des Kindergartens:

Von:

bis:

Gesundheitliche Schwierigkeiten/ Besonderheiten: (z.B. Allergien, Heuschnupfen, Asthma, Bettnässer etc.)

Derzeitige/oder abgeschlossene Therapien:

Logopädie/Sprachtherapie:

Ergotherapie:

Psychomotoriktherapie:

Sonstiges:

Geschwisterreihe:

1. Kind Name:

2. Kind Name:

3. Kind Name:

4. Kind Name:

5. Kind Name:

6. Kind Name:

Name des Kindes:

Gründe für die Zuweisung zum Schulkindergarten:

Was kann Ihr Kind schon sehr gut?:

Was macht Ihrem Kind besonders Spaß?:

Was kann Ihr Kind noch nicht so gut?:

Was soll Ihr Kind lernen?