

# Persönliche Angaben

<b>EINRICHTUNG</b>	<b>Beginn im Kindergarten ab:</b>
<input type="checkbox"/> Arche Noah <input type="checkbox"/> Waldzwerge <input type="checkbox"/> Regenbogen <input type="checkbox"/> Schillerstraße <input type="checkbox"/> Blumenstraße <input type="checkbox"/> Reischach-KiTa	<hr/> (wird vom Kindergarten ausgefüllt!)

**Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum Erstgespräch in den Kindergarten mit!**

## 1. Kind

Name, Vorname (alle, Rufname unterstreichen):	Geburtsdatum:
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Divers	Religion:
1. Nationalität/Staatsangehörigkeit:	2. Nationalität/Staatsangehörigkeit:
1. Sprache:	2. Sprache:
3. Sprache:	4. Sprache:

## 2. Geschwisterkinder (GK)

1. GK - Name:	2. GK - Name:
3. GK - Name:	4. GK - Name:

## 3. Mutter

Name, Vorname	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anschrift wie Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern	
1. Nationalität/Staatsangehörigkeit:	2. Nationalität/Staatsangehörigkeit:
E-Mail-Adresse:	
Tel.-Nr. privat (Festnetz):	
Handy-Nr.:	
Tel.-Nr. Arbeitsplatz:	Erreichbar von / bis:

#### 4. Vater

Name, Vorname		sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anschrift wie Kind <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, sondern			
1. Nationalität/Staatsangehörigkeit:		2. Nationalität/Staatsangehörigkeit:	
E-Mail-Adresse:			
Tel.-Nr. privat (Festnetz):			
Handy-Nr.:			
Tel.-Nr. Arbeitsplatz:		Erreichbar von / bis:	

#### 5. Besondere Vermerke (z.B. Pflegeeltern, Großeltern, Tagesmutter o.ä.)

--

#### 6. Hausarzt des Kindes (für Notfälle)

Name, Vorname	Anschrift	Telefonnummer
---------------	-----------	---------------

#### 7. Impfungen (bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> übertragbare Kinderlähmung
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Mumps	

#### 8. Allergien, Auffälligkeiten und sonstige Krankheiten

--

#### 9. Gewünschte Anschluss-Einrichtung (nur KiTa Waldzwerge)

Wunsch 1	Einrichtung	Betreuungszeit
Wunsch 2	Einrichtung	Betreuungszeit

#### Mit folgender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum	Unterschrift des bzw. der Sorgeberechtigten
-------	---