



## 1. Angaben über das Kind

Nachname, Vorname .....

Geburtstag und Ort \* ..... in .....

Staatsangehörigkeit \* .....

Straße .....

PLZ und Wohnort .....

Aufnahme am .....

Abmeldung zum .....

### Telefonnummern für Notfälle

#### Mutter

privat: Festnetz ..... Mobil .....

am Arbeitsplatz: Festnetz ..... Mobil .....

#### Vater

privat: Festnetz ..... Mobil .....

am Arbeitsplatz: Festnetz ..... Mobil .....

### Hausarzt und Krankenkasse des Kindes

Name des Hausarztes .....

Anschrift .....

Telefon .....

Krankenkasse, bei der das Kind mitversichert ist .....

Person, bei der das Kind mitversichert ist .....

### Erkrankungen und Medikamente

Zutreffendes bitte ankreuzen! Ergänzende Informationen bitte in schriftlicher Form auf Seite 3.

Asthma     Allergie     Bluter     Notwendige Medikamente     Sonstiges

## 2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Name der Mutter .....

Geburtstag \* .....

Beruf \* .....

Staatsangehörigkeit \* .....

Straße .....

PLZ und Wohnort .....

Arbeitsstätte \* .....

Name des Vaters .....

Geburtstag \* .....

Beruf \* .....

Staatsangehörigkeit \* .....

Straße .....

PLZ und Wohnort .....

Arbeitsstätte \* .....

Ich/Wir verpflichten uns, jede Änderung der elterlichen Gewalt (z. B. Ehescheidung, Eheschließung) sowie Wohnortwechsel unverzüglich der Leiterin der Betreuungsgruppe zu melden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

### 3. Überstandene Krankheiten

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- |  |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern                      | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach  |
| <input type="checkbox"/> Mumps                       | <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten: ..... |                                      |                                     |
| .....  |                                      |                                     |

### 4. Chronische Erkrankungen

Wie z. B. Neurodermitis, Asthma, Allergien, Bluter

- .....
- .....
- .....

### 5. Impfungen

Bitte jeweiliges Datum angeben.

- Tetanus  
1. am ..... 2. am ..... 3. am .....
- sonstige Impfungen: .....
- .....

### 6. Notwendige Medikamente \*

- .....

### 7. Abholung

- mein Kind darf alleine nach Hause
- mein Kind darf nicht alleine nach Hause
- mein Kind fährt mit dem Bus Linie .....  
(keine Busaufsicht. Die Aufsichtspflicht endet am Eingang des Betreuungsraumes)

#### Abholung durch fremde Personen

Sollten Sie Ihr Kind nicht selbst abholen, tragen Sie bitte hier ein, von wem Ihr Kind abgeholt werden darf:

.....  
.....

