

Aufnahme am: _____

1. Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Konfession:* _____ Staatsangehörigkeit: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Wohnort u. Straße: _____

Telefon: _____

Hausarzt des Kindes Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Name, unter dem das Kind mitversichert ist: _____

2. Angaben zu den Personensorgeberechtigten

a) Mutter

Name: _____

Beruf:* _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort u. Straße: _____

Arbeitsstätte: _____

b) Vater

Name: _____

Beruf:* _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort u. Straße: _____

Arbeitsstätte: _____

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Besondere Vermerke: _____

*freiwillige Angaben

3. Geschwister

Anzahl der zur Familie gehörenden kindergeldberechtigten Kinder: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

bitte Nachweis/ Kindergeldbescheinigung(en) beifügen

4. Überstandene Krankheiten (Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> übertragbare Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Sonstige Krankheiten/Auffälligkeiten: _____

Allergien: _____

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r