

Kindergarten-Datenerfassung



Evangelische
Kirchengemeinde
Gomaringen

Angaben zum Kind

.....
Name des Kindes Vorname des Kindes Geburtsdatum weiblich männlich

.....
Straße & Hausnummer PLZ & Ort

.....
Muttersprache Nationalität des Kindes

Spricht das Kind (auch) deutsch? ja eingeschränkt nein

ABSCHNITT 1: ANGABEN FÜR DEN TRÄGER

Einrichtung

.....
Name der Einrichtung Datum Aufnahme Datum Austritt

Betreuungsform:

7:30 bis 13:30 Uhr (Kindergarten) 7:30 bis 12:30 Uhr, plus 3 Nachmittage (Kindergarten)

7:30 bis 13:30 Uhr (Krippe) 7:30 bis 12:30 Uhr (Krippe)

Mutter ist sorgeberechtigt

Vater ist sorgeberechtigt

.....
Name

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Anschrift (falls abweichend)

.....
Herkunftsland*

.....
Herkunftsland (falls abweichend)

Erwerbstätig? ja% nein

Erwerbstätig? ja% nein

Familienermäßigung

.....
Gesamtzahl der Kinder im gleichen Haushalt Name des Kindergarten-Kindes (siehe oben)

.....
Name Schwester/Bruder geb. am Name Schwester/Bruder geb. am

.....
Name Schwester/Bruder geb. am Name Schwester/Bruder geb. am

Bestätigung der oben genannten Angaben

.....
Datum Unterschrift(en) der Sorgeberechtigten Unterschrift der Einrichtungsleitung

**ABSCHNITT 2:
VERTRAULICHE ANGABEN FÜR DIE PÄDAGOGISCHEN FACHKRÄFTE**

Erreichbare Kontakte in Notfällen

..... Name Telefon
..... Name Telefon
..... Name Telefon

Hausarzt / Kinderarzt

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Notiz

Wer darf das Kind abholen (neben den Sorgeberechtigten)?

..... Name Beziehung zum Kind (Verwandtschaft, Nachbarschaft, o.ä.)
..... Name Beziehung zum Kind (Verwandtschaft, Nachbarschaft, o.ä.)
..... Name Beziehung zum Kind (Verwandtschaft, Nachbarschaft, o.ä.)
..... Name Beziehung zum Kind (Verwandtschaft, Nachbarschaft, o.ä.)

Gesundheitliches

.....
Krankheiten (Sofern sie dem Kindergarten bekannt sein sollten, um ggf. angemessen reagieren zu können)

.....

.....
Allergien

..... Tetanus-Impfung 1 Tetanus-Impfung 2 Tetanus-Impfung 3 Tetanus-Impfung 4
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

.....
Sonstige Impfungen

..... Datum ärztliche Untersuchung Bescheinigung ausgestellt am
---------------------------------------	---------------------------------------

Vereinbarungen zur Eingewöhnungsphase / Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....