

## Aufnahmebogen

---

**1. Gewünschte Aufnahme des Kindes am:** \_\_\_\_\_

*(Bitte das gewünschte Datum des Eintritts bei uns im Waldkindergarten angeben)*

### 2. Angaben über das Kind

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Anschrift (Str., PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### 3. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name der Mutter \_\_\_\_\_

Anschrift (Str., PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_

Anschrift (Str., PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_



## Aufnahmebogen

---

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### 4. Kontakt- und Notfalldaten:

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

*(alle Infos und Einladungen werden per E-Mail versandt)*

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben \_\_\_\_\_

### 5. Geschwister

Vorname \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### 6. Hausarzt und Krankenkasse des Kindes

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name, unter dem das Kind versichert ist \_\_\_\_\_

## Aufnahmebogen

---

### 7. Überstandene Kinderkrankheiten (Zutreffendes bitte 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: \_\_\_\_\_

### 8. Impfungen (jeweils Datum angeben)

Tetanus: 1. am \_\_\_\_\_ 2. am \_\_\_\_\_ 3. am: \_\_\_\_\_ 4. am: \_\_\_\_\_

Diphtherie: \_\_\_\_\_

Sonstige Impfungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigter

---

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigter