

Kindertagesstätte Oldenswort

Königskampweg 1

25870 Oldenswort

Tel.: 04864 717

Mail: kita.oldenswort@t-online.de



Familienbogen

Name, Vorname: _____

Aufnahme am: _____

1. Angaben über das Kind	
geb. am:	in:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Wohnt bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beiden <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Sorgerecht liegt bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beiden <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Krankenversicherung bei folgender Krankenkasse:	
Hausarzt des Kindes:	

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten	
Person 1 - Name, Vorname:	
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Wohnort:	
Straße:	
Krankenversicherung bei folgender Krankenkasse:	
Beruf:	
Arbeitsstätte:	
In Notfällen erreichbar unter:	
Person 2 – Name, Vorname:	
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Wohnort:	
Straße:	
Krankenversicherung bei folgender Krankenkasse:	
Beruf:	
Arbeitsstätte:	
In Notfällen erreichbar unter:	

3. Angaben zur Gesundheit des Kindes		
Chronische Krankheiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen!)		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufleiden <input type="checkbox"/> Behinderungen
<input type="checkbox"/> Allergien _____		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Auskunft über Therapien und Behandlungen:		
<i>Art der Therapie</i>	<i>Name des Therapeuten, Institution</i>	<i>Zeitraum der Therapie</i>
Sonstige Bemerkungen/Besonderheiten zum Kind:		

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten