

B. Aufnahmebogen



Aufnahme am (Datum)

1. Angaben über das Kind

Name

Vorname

Geb. am in

Konfession Staatsangehörigkeit

Geschlecht

Wohnort und Straße

2. Angaben über die Personensorgeberechtigten

a) Name der Mutter

Wohnort und Straße

Telefon Handy..... Email:.....

Beruf*

Konfession* Staatsangehörigkeit*

b) Name des Vaters

Wohnort und Straße

Telefon Handy..... Email:.....

Beruf*

Konfession* Staatsangehörigkeit*

*Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

Aichhörnchen Waldkindergarten e.V.

3. Hausarzt des Kindes

Name

TelefonNotfallnummer:

Anschrift

Krankenkasse des Kindes

Personensorgeberechtigter unter dem das Kind mitversichert ist



a) Überstandene Krankheiten/Allergien (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 Erkrankungen/Auffälligkeiten

Allergien

4. Impfungen (jeweils bitte Datum angeben)

Tetanus 1. am 2.am 3.am 4.am

Sonstige Impfungen

Kopie des Impfpasses liegt bei

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigter

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigter