



## 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) \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

### 3. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Elternteil 1 (Vorname, Nachname) \_\_\_\_\_

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

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
(alle Infos und Einladungen werden per E-Mail bzw. Signal Elterngruppe versandt)

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_



Elternteil 2 (Vorname, Name) \_\_\_\_\_

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

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

*(alle Infos und Einladungen werden per E-Mail bzw. Signal Elterngruppe versandt)*

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

#### 4. weitere Notfall-Kontaktdaten:

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

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

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

#### 5. Geschwister

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

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

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

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



## 6. Hausarzt\*ärztin und Krankenkasse des Kindes

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

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

## 7. Überstandene Kinderkrankheiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

( ) Masern ( ) Keuchhusten

( ) Scharlach ( ) Diphtherie

( ) übertragbare Kinderlähmung ( ) Mumps

( ) Röteln ( ) 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