

# Waldkindergarten

## ANMELDUNG



Gewünschte Aufnahme am: .....

### 1. Angaben zum Kind:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Konfession: .....

Geschlecht:  Mädchen  Junge Telefon: .....

Adresse: .....

.....

### 2. Angaben über die Sorgeberechtigten:

Name, Vorname (**Mutter**): .....

Beruf:\* ..... Arbeitgeber:\* .....

Staatsangehörigkeit: ..... Konfession:\* .....

Adresse: .....

.....

e-Mail: ..... Telefon: .....

Name, Vorname (**Vater**): .....

Beruf:\* ..... Arbeitgeber:\* .....

Staatsangehörigkeit: ..... Konfession:\* .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

### 3. Angaben über Geschwister:

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

\* Angaben dieser Daten erfolgt freiwillig

#### 4. Hausarzt des Kindes:

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: ..... Für Notfälle: .....

Krankenkasse des Kindes: .....

Name unter dem das Kind mitversichert ist: .....

#### 5. In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Name: ..... Telefon: .....

Handy: .....

Sonstige Angaben: .....

.....

#### 6. Überstandene Krankheiten ( zutreffendes bitte ankreuzen ):

- |                                 |                                     |                                      |  |
|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Übertragbare<br>Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Mumps  | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Diphtherie  |  |

Sonstige Krankheiten / Anfälligkeiten: .....

Allergien: .....

#### 7. Impfungen ( jeweils bitte mit Datum angeben ):

Tetanus: ..... Mumps: .....

Polio: ..... Masern: .....

Diphtherie: ..... Röteln: .....

Keuchhusten: .....

Andere: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften der Sorgeberechtigten