

Aufnahmebogen 2024/25

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN! ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN!

Kind

Vorname	
Nachname	
Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Geburtsort	
Geburtsland	
Staatsbürgerschaft	
Muttersprache	
Geb.-Datum	
Sozialvers.-Nr.	
Anzahl d. Geschwister	
Adr. (Straße, PLZ, Ort)	
Religion	

Erziehungsberechtigte(r)

Nachname	
Vorname	
Verw.-Verhältnis	
Adr. (Straße, PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail	

Zweite(r) Erziehungsberechtigte(r)

Nachname	
Vorname	
Verw.-Verhältnis	
Adr. (Straße, PLZ, Ort)	
Telefon	

Aufnahmebogen 2024/25

Das Kind wohnt bei	
Kindergartenbesuch	_____ Jahre KIGA _____
Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> welche: _____
Mein Kind braucht eine Nachmittagsbetreuung	ja <input type="checkbox"/> an _____ Tagen nein <input type="checkbox"/>
Mein Kind fährt mit dem Schulbus	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung:

Ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall - nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden - Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeit bzw. Gegenanzeige zur Einnahme derselben bekannt ist.

ja nein

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten