

# Aufnahmebogen



*Kindertagesstätte der Schmidt'schen Stiftung Kelbra*

## Personalien des Kindes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Geschwisterzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Besondere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Überstandene Krankheiten des Kindes / Besonderheiten / gesundheitliche Einschränkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Personalien der Eltern**

### **Vater**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_

(falls abweichend)

Telefon: \_\_\_\_\_

(falls abweichend)

Dienstanschrift/ -telefon: \_\_\_\_\_

### **Mutter**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_

(falls abweichend)

Telefon: \_\_\_\_\_

(falls abweichend)

Dienstanschrift/ -telefon: \_\_\_\_\_

Vollmacht: Ich/Wir bevollmächtige(n) die Mitarbeiterinnen der Einrichtung, bei Notfällen das Kind einem Arzt vorzustellen und entsprechend notwendige Schritte einzuleiten.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r