

Heilpädagogischer Kindergarten

 Integrationsgruppe

Personaldaten

Kind	Name Geb.dat.	Vorname
Anschrift		
Telefon		
Nationalität		
Vater	Name sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse falls abweichend		
Telefon / Handy		
Telefon dienstlich		
Mutter	Name sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse falls abweichend		
Telefon / Handy		
Telefon dienstlich		
Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl und Alter der Geschwister		

Frühförderung:
Kinderarzt:
Anamnese:

Diagnose:

Therapien:

Bereits eine andere Einrichtung besucht:

Besonders (Was möchten Sie uns noch mitteilen):
