

Heilpädagogischer Kindergarten

 Integrationsgruppe

Personaldaten

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

