



Datenformular

Die nachfolgenden Angaben werden zur Betreuung des Kindes benötigt und nur zu dienstlichen Zwecken verwendet!

Angaben zum Kind

Name des Kindes: _____

geboren am: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____

Gesundheitliche Besonderheiten: (z.B. Allergien, Asthma, Krampfanfälle, Diabetes, etc.)

Krankenkasse: _____

Versichert bei: _____

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? (bitte zutreffendes ankreuzen)

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

War Ihr Kind längere Zeit im Krankenhaus? _____

Chronische Erkrankungen, Behinderungen: _____

Angaben zu den Eltern:

Vater:

Vorname

Nachname

geb. am:

Telefon

Anschrift, falls nicht identisch mit der des Kindes

Nationalität

Familienstand (verheiratet, geschieden, verwitwet, dauernd getrennt lebend, ledig)



Mutter:

Vorname

Nachname

geb. am:

Telefon

Anschrift, falls nicht identisch mit der des Kindes

Nationalität

Familienstand (verheiratet, geschieden, verwitwet,
dauernd getrennt lebend, ledig)

Geschwister:

Name

geb. am

Name

geb. am

Name

geb. am

Name

geb. am

Wer darf das Kind abholen?

Vor- u. Zuname

Telefon

Vor- u. Zuname

Telefon

Vor- u. Zuname

Telefon

Vor- u. Zuname

Telefon

Datum: _____

Unterschrift der Eltern (Vater)

Unterschrift der Eltern (Mutter)