

Anmeldung

für den Kindergarten Vörden

Kind:			
	Name, Vorname	Geburtsdatum	
Wohnung:			<input type="checkbox"/> 25 Std. <input type="checkbox"/> 45 Std.
			<input type="checkbox"/> 35 Std.
	Ort, Straße Hs.Nr.,	Telefon	Betreuungszeit
Krankenkasse:			
Vater:			
	Name, Vorname	Beruf	
Arbeitgeber:	Telefon:		
Mutter:			
	Name, Vorname,	Geburtsname,	Beruf
Arbeitgeber:	Telefon:		
Geschwister:			
	Anzahl,	Alter,	

Einverständniserklärung

1. Sollte unser Kind _____ von uns oder einem anderen Erwachsenen nicht am Kindergarten oder am Bus abgeholt werden, sind wir damit einverstanden, dass es allein nach Hause geht.

- Ja**
(Zutreffendes ankreuzen)
- Nein**

2. Mit der Teilnahme unseres Kindes _____ am Schwimmen im Hallenbad der Stadt Marienmünster sind wir einverstanden.

- Ja**
(Zutreffendes ankreuzen)
- Nein**

Marienmünster, den _____

Unterschriften

(Vater)

(Mutter)

Gesundheitszustand des Kindes

Die nachstehenden Fragen zum Gesundheitszustand des Kindes sind von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten zu beantworten.

Überstandene Krankheiten: (falls ja, bitte X ankreuzen)

Masern: Röteln: Ziegenpeter (Mumps): Windpocken:
Scharlach: Diphtherie: Keuchhusten:

Weitere Krankheiten: (falls ja, bitte X ankreuzen)

Art der Krankheit		im wievielten Lebensjahr	gebliebene Folgen
Asthma	<input type="radio"/>		
Ekzem	<input type="radio"/>		
Gehirnhautentzündung	<input type="radio"/>		
Kinderlähmung	<input type="radio"/>		
Ohrenkrankheiten	<input type="radio"/>		
Augenkrankheiten	<input type="radio"/>		
Gelbsucht	<input type="radio"/>		
Krämpfe	<input type="radio"/>		
Häufige Kartarrhe	<input type="radio"/>		
Operationen	<input type="radio"/>		
Herzbeschwerden	<input type="radio"/>		
Sonstiges	<input type="radio"/>		

Marienmünster, den _____

Unterschrift des Vaters oder der Mutter: _____

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage im Kindergarten

Das Kind _____ wurde heute von mir untersucht. Es ist frei von ansteckenden Krankheiten und ausreichend Tetanol geimpft. Dem Besuch des Kindergartens steht ärztlicherseits nichts entgegen.

Datum

(Stempel und Unterschrift des Arztes)