

Kooperative Ganztagsbildung  
Grundschule Ofenerdiek

## **Fragebogen zur Aufnahme des Kindes**

Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit des Kindes \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit der Eltern: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

### **Erreichbarkeit der Eltern:**

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handynummer des Vaters: \_\_\_\_\_

Handynummer der Mutter: \_\_\_\_\_

Dienstlich Vater: \_\_\_\_\_

Dienstlich Mutter: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Benachrichtigung in dringenden Fällen, wenn Eltern nicht erreichbar sind:**

Bitte Name, Vorname und Telefonnummer angeben

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Welche Personen dürfen Ihr Kind abholen?**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**Datum der letzten Tetanusimpfung:**

\_\_\_\_\_

**Allergien: Wenn ja, welche?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Körperliche, oder psychische Krankheiten. Wenn ja welche?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?**

(Medikamente können von uns nur in Ausnahmefällen und nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung verabreicht werden.)

\_\_\_\_\_

**Hausarzt des Kindes:**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

Versichert durch: \_\_\_\_\_

**Mein Kind darf die Ganztagsbetreuung alleine verlassen:**

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort:

\_\_\_\_\_  
Datum: