



Gemeindegarten
Schulstraße 5, 5252 Aspach

Krabbelstubenanmeldung

(Formular bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Angaben zum Kind:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ/Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Muttersprache: _____

Geschwister (Name/Geburtsjahr): _____

Besuchszeiten: vormittags ganztägig (mit Mittagessen)

Voraussetzung für die Betreuung, sind
mind. 2 Besuchstage!
Bitte max. Anwesenheitszeit eintragen
(Öffnungszeiten: Mo-Fr von 07:00 bis 13:00 Uhr)

MO	
DI	
MI	
DO	
FR	

Wunsch nach anderen Öffnungszeiten? Von _____ bis _____ Uhr

Ist das Kind das erste Mal in einer Einrichtung? ja nein

Wenn nein, welche? _____

Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 6-fach-Impfung | <input type="checkbox"/> FSME(Zecken) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Meningokokken |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Tbc |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Masern/Mumps | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Röteln | |

Krankheiten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthmatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen |

Wenn ja, welche? _____

Beeinträchtigung lt. Chancengleichheitsgesetz:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trisomie 21 | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsrückstände | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten |

Hausarzt: _____

Ärztliches Attest:

Angaben zur Mutter:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum : _____

Familienstand: _____

Telefonnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Straße/ Hausnummer: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Berufsbezeichnung: _____

Vollzeit

Teilzeit

Arbeitgeber: _____

Angaben zum Vater:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum : _____

Familienzustand: _____

Telefonnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Straße/ Hausnummer: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Berufsbezeichnung: _____

Vollzeit

Teilzeit

Arbeitgeber: _____

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern):

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Berechtigte Personen, die das Kind zur KS begleiten und wieder abholen dürfen:

Familienname:	Vorname:	Telefonnummer

Im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit (Gemeindezeitung, Pfarrblatt, Homepage etc.) bin ich damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes verwendet werden dürfen.

ja

nein

Einverständniserklärungen:

Kaliumjodid (Formular im Anhang)

Voraussichtliches Aufnahmedatum: _____

Ort und Datum:

Unterschrift:
