



**Migrationshintergrund:**

des Kindes
der Mutter
des Vaters  
 Geburtsland: \_\_\_\_\_  
 Zuzugsjahr: \_\_\_\_\_  
 Verkehrssprache der Eltern: \_\_\_\_\_  
 Seiteneinsteiger\*:  ja  nein \*(länger als 2 Jahre in Deutschland/Deutsch als Zweitsprache)

**Laufende Therapien:**

- Logopädie seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_: seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_: seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- Erziehungsberatungsstelle: seit wann? \_\_\_\_\_
- Kinderklinik:  Abteilung: Phoniatrie/Pädaudiologie  
 Abteilung: Sozialpädiatrie  
 Abteilung: \_\_\_\_\_

**Körperliche Beeinträchtigungen:** Praxis: \_\_\_\_\_

**Medikamente/Allergien:** Praxis: \_\_\_\_\_

**Es besteht kein Impfschutz gegen:**

<input type="checkbox"/>	Masern
<input type="checkbox"/>	Mumps
<input type="checkbox"/>	Windpocken
<input type="checkbox"/>	Röteln
<input type="checkbox"/>	_____

**Betreuung/ OGS**

Voraussichtliche Buchung der Dinos/OGS:  bis 13.30 Uhr  
 bis 16.00 Uhr

Ich bin/Wir sind darauf hingewiesen worden, dass unmittelbar vor bzw. nach den Ferien und vor bzw. nach einem Feiertag im Krankheitsfall meines/unseres Kindes eine Attestpflicht besteht.

**Wünsche für eine/n Klassenkameradin/Klassenkameraden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort + Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten