

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