

Aufnahmebogen

Aufnahme am: _____

1. Angaben über das Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geschlecht: _____

Strasse und Wohnort: _____

Telefon: _____

1.1 Hausarzt des Kindes

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

2. Angaben über die Personenberechtigten

Name der Mutter: _____

*Beruf: _____

*Konfession: _____

*Staatsangehörigkeit: _____

Strasse und Wohnort: _____

*Arbeitsstätte: _____

Name des Vaters: _____

*Beruf: _____

*Konfession: _____

*Staatsangehörigkeit: _____

Strasse und Wohnort: _____

*Arbeitsstätte: _____

*Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Name:

Telefon:

Sonstige Angaben:

3. Angaben über Geschwister

Anzahl der zur Familie gehörenden Kinder unter 18 Jahren: _____

Vorname:

Geburtstag:

Vorname:

Geburtstag:

Vorname:

Geburtstag:

Vorname:

Geburtstag:

4. Überstandene Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Masern
- Scharlach
- Übertragbare Kinderlähmung
- Röteln
- Keuchhusten
- Diphtherie
- Mumps
- Windpocken

Sonstige Krankheiten/Auffälligkeiten:

Allergien:

Ort, Datum

Unterschrift Personenberechtigte/r

Unterschrift Personenberechtigte/r

