

Freier Waldorfkindergarten Schwetzingen

MARSTALLSTRASSE 51 68723 SCHWETZINGEN

VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER WALDORFPÄDAGOGIK E.V. SCHWETZINGEN
MITGLIED IM PARITÄTISCHEN WOHLFAHRTSVERBAND

Elternfragebogen

Vor- und Zuname des Kindes

Geburtstag des Kindes

Staatsangehörigkeit

Kindergartenjahr

Eintritt in die Gruppe

Eintrittsdatum

Vor- und Zuname der Mutter

Geburtstag der Mutter

PLZ+Wohnort (Erziehungsberechtigte/r)

Straße

Telefon privat/Telefon Mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail Adresse

Beruf

Arbeitgeber

Vor- und Zuname des Vaters

Geburtstag des Vaters

PLZ+Wohnort (nur wenn abweichend)

Straße

Telefon privat/Telefon Mobil

Telefon geschäftlich

E-Mail Adresse

Beruf

Arbeitgeber

Geschwister

Vorname

Geburtstag

Name des Kindergartens oder Schule

Vorname

Geburtstag

Name des Kindergartens oder Schule

Krankenkasse bei der das Kind versichert ist pflicht-, freiwillig-, privatversichert

Verein zur Förderung der
Waldorfpädagogik e. V. Schwetzingen
www.waldorfkindergarten-schwetzingen.de/

Freier Waldorfkindergarten
Marstallstraße 51
68723 Schwetzingen
Telefon: 06202-26534

Bankverbindung:
Sparkasse Heidelberg
BLZ: 670 500 20
Kto.-Nr.: 21 0010 15

Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind

- | | | |
|---|----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Masern | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mumps | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Röteln | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen | wenn ja, wann/welche | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung mit Bewusstlosigkeit | wenn ja, wann | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere bedeutende Erkrankungen | wenn ja, wann/welche | _____ |

Impfungen

(Bitte gegebenenfalls Datum angeben wann die Impfung erfolgte)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus_____ | <input type="checkbox"/> Polio_____ | <input type="checkbox"/> Masern_____ | <input type="checkbox"/> Röteln_____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie_____ | <input type="checkbox"/> FSME_____ | <input type="checkbox"/> Sonstige/wann _____ | _____ |

Sonstige Ereignisse

Welche schweren Operation hat Ihr Kind mitgemacht (Bitte gegebenenfalls Datum angeben)

Ist Ihr Kind in Spezialbehandlung ? (Logopäd. Behandlung, Bewegungstherapie, Sonderturnen usw.)

Weitere Ergänzungen, Erklärungen, Erläuterungen

_____, den _____

Ort

Datum

gesetzl. Vertreter / Erziehungsberechtigte / Mutter

gesetzl. Vertreter / Erziehungsberechtigter / Vater

(Ihre Angaben werden von uns absolut vertraulich behandelt und keinesfalls an Dritte weitergegeben)