





#### **4. Geschwister**

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

#### **5. Gesundheit**

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versichert bei: \_\_\_\_\_  
Allergien: \_\_\_\_\_  
Impfungen:  Tetanus  
Letzte Impfung: \_\_\_\_\_  
Impfberatung:  ja  nein  
U-Untersuchungen  teilgenommen  
Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **6. Wer wird im Notfall zuerst benachrichtigt?**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

#### **7. Haben Sie Ihr Kind noch in einer anderen Einrichtung angemeldet?**

nein  
 ja Wo? \_\_\_\_\_

**Wichtige Änderungen zu den vorangegangenen Punkten werden der Einrichtung umgehend mitgeteilt.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

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