

## Daten des Kindes

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
1. Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	KK-Nummer	<input type="text"/>
Haftpflicht-Versicherung	<input type="text"/>	Police – Nr.	<input type="text"/>
Soz.versich.Nr.	<input type="text"/>	Heimatort	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	Muttersprache	<input type="text"/>
Bewilligung	<input type="text"/>	Konfession	<input type="text"/>
2. Adresse (Elternteil/ Tagesheim/ Tagesmutter)	<input type="text"/>		

## Angaben über die Familie

### 1. Elternteil

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel. Mobile	<input type="text"/>

### 2. Elternteil

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PPLZ, Ort:	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel. Mobile	<input type="text"/>

### Stiefvater/Stiefmutter

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Tel. Mobile	<input type="text"/>

**Geschwister**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	KiGa/Schule	<input type="text"/>

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	KiGa/Schule	<input type="text"/>

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	KiGa/Schule	<input type="text"/>

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	KiGa/Schule	<input type="text"/>

**Beistandschaft** ja     neinName / Adresse / Tel. /  
E-Mail**Ärztin/Arzt**

Name – Adresse – Tel.

Kinderarzt

Spezialarzt

andere

zuweisende  
Stelle

Medikamente

Hilfsmittel

## Bisherige therapeutische Massnahmen

Bisherige therapeutische Massnahmen	Name – Adresse – Tel.	Std./Woche
Physiotherapie		
Ergotherapie		
Sprachtherapie		
Andere		

## letzte Schule

Ort		von/bis	
Kontakt- adresse Lehrer/in			

## 3. Bemerkungen:

Ort/Datum

Unterschrift