



VORNAMELDUNG

Datum heute: _____

Wunsch Betreuungsbeginn in der alterserweiterten Gruppe

oder im Kiga mit (Datum): _____

Kinderdaten:

Name: _____ Geb Tag _____

Kind trägt Hörgeräte

Ci

Hörprobleme

Sprachprobleme

Sehbeeinträchtigung

Brille

CODA

Autismus

Weitere wichtig Informationen: _____

Bisherige Betreuungen / Förderungen: _____

Kontaktdaten der Eltern:

Name: _____

Adresse: _____

Email: _____

Tel Nr: _____

Berufstätig: Mutter

teilzeit

vollzeit

Vater

teilzeit

vollzeit

Informationen:

Sprache/n in der Familie: _____

Geschwister: (Name und Alter) _____