

Personalbogen

1. Angaben über das Kind

Name _____ Vorname _____

Geboren am _____ in _____

Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Ort, Ortsteil _____

Straße, Hausnummer _____

Aufnahme am _____ Voraussichtlicher Abgang _____

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Vater : Name, Vorname _____

Geboren am _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ Beruf _____

Wohnort, Ortsteil _____

Straße, Hausnummer _____

Arbeitsstätte _____

Mutter: Name, Vorname _____

Geboren am _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ Beruf _____

Wohnort, Ortsteil _____

Straße, Hausnummer _____

Arbeitsstätte _____

3. In Notfällen zu erreichen unter Telefonnr. (Zutreffendes bitte eintragen)

Zu Hause ☎ _____ Vater Arbeitsstätte ☎ _____

Oma / Opa ☎ _____ Mutter Arbeitsstätte ☎ _____

Tagesmutter ☎ _____ Nachbar/in ☎ _____

Sonstige Personen _____ (bitte Rückseite beachten →)

4. Geschwister

Anzahl der Geschwister _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

5. Überstandene Krankheiten

(Zutreffenden bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Thyphus |
| <input type="checkbox"/> Parathyphus | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Spinale Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Röteln | | |

6. Sonstige Krankheitsbilder

Übertragbare Hautkrankheiten _____

Allergien _____

Lebensmittelunverträglichkeiten _____

Sonstiges (z. B. Diabetes, Krampfleiden) _____

7. Impfungen

Bitte **Kopie des Impfpasses** beilegen.

Nach neuen Impfungen bitte Ergänzungskopie für den Kindergarten.

8. Anschriften

Hausarzt _____

Name, Adresse, Telefonnummer

Kinderarzt _____

Name, Adresse, Telefonnummer

Krankenkasse _____

Name

Ort und Datum

Unterschriften der Erziehungsberechtigten