

Name des Kindes _____

Geschwister: Name + Geburtsdatum _____

Angemeldet ab: _____

* Wie erleben Sie Ihr Kind zu Hause?

* Was ist Ihnen in der Erziehung besonders wichtig?

* Welche Erwartungen haben Sie an den Kindergarten?

* Wurde Ihr Kind vor dem Kindergarten schon durch andere Personen betreut? Wenn ja – durch wen?

* Hat Ihr Kind Krankheiten, Allergien oder bekommt es Therapien?

* Braucht Ihr Kind ein Dauermedikament? Wenn ja – welches und wie oft?

* Sind Sie berufstätig? Mutter: Vater:

* Gab es im Kleinkindalter irgendwelche Besonderheiten

* Sind Sie mit der Verabreichung von Kalium Jodid Tabletten
(im Falle eines Reaktorunglücks) einverstanden

ja

nein

Datum + Unterschrift: _____