

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geschwister: Name + Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Angemeldet ab: \_\_\_\_\_

\* Wie erleben Sie Ihr Kind zu Hause?

\* Wer sind die wichtigsten Bezugspersonen des Kindes?

\* 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: \_\_\_\_\_