



**Kindergarten Am Kuhbaum
Am Kuhbaum 50
41169 Mönchengladbach**

Aufnahmeantrag

Ich/Wir beantrage/n die Aufnahme meines/unseren Kindes in die oben genannte Kindertageseinrichtung.

Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Nationalität _____ Krankenkasse _____

Schutzimpfungen _____

Behindertenausweis ja nein GdB: _____% Merkzeichen: _____

Geschwister	Vorname:	Geb.-Datum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Angaben über die Eltern

	Mutter	Vater
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Geb.-Datum	_____	_____
Beruf	_____	_____
Arbeitgeber	_____	_____
Telefon privat	_____	_____
Telefon dienstlich	_____	_____
Anschrift	_____	_____
Familienstand	_____	_____

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die hier gemachten Angaben im Rahmen der Betreuung meines/unseren Kindes verwandt werden.

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

Anlage zum Aufnahmebogen für den Kindergarten Am Kuhbaum

1. Wurde eine Diagnose vom Arzt gestellt?

2. Wo bestehen bei Ihrem Kind Auffälligkeiten?

(bitte ankreuzen)

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegung | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sprache geistige Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Wachstum | <input type="checkbox"/> Verhalten |

3. Hat Ihr Kind Anfälle?

- ja nein

Wenn ja: Beschreibung, Häufigkeit (täglich, wöchentlich, Dauer)

4. Bisherige Krankenhausaufenthalte:

5. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Medikament

Uhrzeit

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

6. Bisherige behandelnde Ärzte/innen:

Kinderarzt/in: _____

Neurologe/in: _____

Orthopäde/in: _____

Augenarzt/in: _____

HNO-Arzt/in: _____

sonstiges Ärzte/in: _____

Kinderneurologische Zentren: _____

Liegen Arztberichte vor? ja nein

7. Bisherige zusätzliche Untersuchungen:

wo:

wann:

Hörprüfung: _____

Sehprüfung: _____

EEG: _____

Sonstige: _____

8. Bisherige Behandlungen:

Art:

Name des/der Therapeuten/in:

Zeitraum:

Krankengymnastik: _____

Ergotherapie: _____

Sprachtherapie: _____

Frühförderung: _____

Sonstige: _____

9. Hilfsmittel:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Schienen | <input type="checkbox"/> Sitzschale |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
-
-

10. Bisherige Entwicklung:

- Lächeln: _____ Monate
- Greifen: _____ Monate
- Drehen: _____ Monate
- freies Sitzen: _____ Monate
- Kriechen: _____ Monate
- freies Laufen: _____ Monate
- erstes sinnvolles Wort: _____ Monate
- Wortkombinationen:
(2-Wort-Sätze) _____ Monate
- trocken tagsüber: _____ Monate
- trocken nachts: _____ Monate
- sauber tagsüber: _____ Monate
- sauber nachts: _____ Monate
- selbständiges Essen: _____ Monate
- selbständiges An- und Ausziehen: _____ Monate