

Personalien Kind

Name	Heimatort
Vorname	Nationalität
Geburtsdatum	Muttersprache
Geschlecht w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Konfession

Personalien Eltern

Name, Vorname Mutter	Handy Mutter
Name, Vorname Vater	Handy Vater
Adresse	Telefon
E-Mail Mutter	E-Mail Vater
Erziehungsberechtigt sind/ist: <input type="checkbox"/> Mutter und Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	

Zusätzliche Informationen

Muttersprache der Mutter
Muttersprache des Vaters
Deutschkenntnisse des Kindes Gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>
Wer betreut das Kind hauptsächlich? Welche Sprache wird dann mit dem Kind gesprochen?
Hat Ihr Kind Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten oder Krankheiten (z.B. Asthma)?
Besucht ihr Kind spezielle Therapien?

Datum / Unterschrift der Eltern: _____