

wir freuen uns sehr, dass wir Ihr Kind in unserer Ferienbetreuung in den Herbstferien begrüßen dürfen. Damit wir ihr Kind bestmöglich kennenlernen können, bitten wir Sie diesen Bogen auszufüllen. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Zu Beginn: die allgemeinen Daten

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

männlich: __ weiblich: __ divers: __

Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Krankenversicherung: _____

Elterliche Sorge: _____

Eltern:	Mutter	Vater	
Familienname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Nationalität:			
Straße:			
Wohnort:			
Telefon:			
Familienstand:			

Mein Kind besucht derzeit die

Klasse _____ der _____ (Name der Schule).

Notfallkontakte:

Wer?	Nummer:

Wer darf Ihr Kind vom Ferienprogramm abholen?

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Folgende Person/en (Bitte vollständigen Namen angeben)

Durch welche Maßnahmen betreut Sie der iB (falls zutreffend)?

- ☐ Integrationshilfe in der Schule
- ☐ SPFH/ Familienhilfe
- ☐ andere Hilfe, und zwar _____
-

Wer ist Ihr Ansprechpartner*in beim IB (falls zutreffend)?

Im Folgenden möchten wir Ihr Kind besser kennenlernen:

Gibt es Lebensmittel, die Ihr Kind nicht essen darf (z.B. aufgrund von Lebensmittelunverträglichkeiten, aus religiösen Gründen oder aufgrund einer bestimmten Ernährungs- oder Lebensweise)?

☐ Nein.

☐ Ja, und zwar _____

Hat Ihr Kind Allergien?

☐ Nein.

☐ Ja. (Wogegen und was müssen wir wissen / beachten?)

☐ mein Kind benötigt folgendes Notfallmedikament: (Wir benötigen ein Schreiben vom Arzt und das Einverständnis zur Medikamenten-Verabreichung von Ihnen.)

Liegen bei Ihrem Kind Erkrankungen/ Diagnosen vor?

☐ Nein.

☐ Ja. (Welche und was müssen wir wissen /beachten?)

Bestehen bei Ihrem Kind sonstige physische/ psychische Einschränkungen?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja. (Welche und was müssen wir wissen / beachten?)

Benötigt Ihr Kind Hilfe beim Essen?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja. (Welche und was müssen wir wissen/beachten?)

Benötigt Ihr Kind Hilfe bei Toilettengängen?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja. (Welche und was müssen wir wissen/beachten?)

Benötigt Ihr Kind Medikamente?

- ☐ Nein.
- ☐ Ja. (Welche und was müssen wir wissen / beachten?)

Was mag Ihr Kind besonders gerne (z.B. Malen, Fußball, Sport, Basteln etc.)?

Was mag Ihr Kind gar nicht?

☐ Ja. (Welche und was müssen wir wissen / beachten?)

[illegible]

Seite 6 von 6