



STADT BAD NAUHEIM

Fragebogen für das Aufnahmegespräch U3

A Allgemeines

Name des Kindes:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsort:	_____
Nationalität:	_____	Konfession:	_____
Strasse:	_____		
Wohnort:	_____		
Notizen:	_____		

B Familie und Umfeld

<u>Mutter:</u>	<u>Vater:</u>
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Geb.-Datum: _____
Konfession: _____	Konfession: _____
Beruf: _____	Beruf: _____
Berufstätig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Berufstätig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Telefon:

Privat 1: _____	Privat 2: _____
dienstlich 1: _____	dienstlich 2: _____
mobil 1: _____	mobil 2: _____

Email:

Email 1: _____
Email 2: _____

Lebensumstände der Eltern

Sie sind:

<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> zusammen lebend
<input type="checkbox"/> allein erziehend	<input type="checkbox"/> getrennt
<input type="checkbox"/> geschieden	
<input type="checkbox"/> _____	

Sieht Ihr Kind den anderen Elternteil:	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> gar nicht
Lebt noch jemand in der Familie:	<input type="checkbox"/> Verwandte	<input type="checkbox"/> Freunde	<input type="checkbox"/> Au Pair

Betreuungssituation des Kindes

Wer betreute das Kind bisher vorwiegend?

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Tagesmutter
<input type="checkbox"/> Familienmitglieder	<input type="checkbox"/> andere Kita	<input type="checkbox"/> Krabbelgruppe



Geschwister

Ihr Kind: ist Einzelkind hat Geschwister

Die Geschwister: 1. m. w. Name: _____ Geb.Dat: _____

2. m. w. Name: _____ Geb.Dat: _____

3. m. w. Name: _____ Geb.Dat: _____

4. m. w. Name: _____ Geb.Dat: _____

Leben die Geschwister mit Ihnen? Nein Ja

C Gesundheit / Essen

Ärzte und Kassen:

Hausarzt: _____

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Impfungen (Art/Datum): _____

Tetanus Impfung (Datum): _____

Hat Ihr Kind:

Diabetes: Nein Ja

Allergien? Nein Ja

Welche? _____

Krampfanfälle: Nein Ja

Art? _____

Krankheiten? Nein Ja

Welche? _____

Überstandene Kinderkrankheiten? Nein Ja

Welche? _____

Medikamente? Nein Ja

Welche? _____

Besonderheiten beim Essen? Nein Ja

Welche? _____

alle Vorsorgeuntersuchungen? Nein Ja

Zecken können vom Personal entfernt werden, wenn die betroffene Stelle gekennzeichnet wird.

Nein Ja



D Das Kind

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben (temperamentvoll, still, laut, leise, usw.)?

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten? Was macht es am liebsten? Welche Vorlieben hat es?

Wie schätzen Sie den Entwicklungsstand Ihres Kindes ein?

Welche Schlafgewohnheiten hat Ihr Kind (Kuscheltier, Schnuller, Daumen, ...)?

sprachliche Entwicklung Ihres Kindes

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf? Nein Ja

Welche Sprachen spricht es:

Sollten wir noch etwas über die Sprachentwicklung bzw. den Sprachstand Ihres Kindes wissen?

körperliche Entwicklung Ihres Kindes

Bewegt sich Ihr Kind gerne?

Läuft oder krabbelt Ihr Kind? Seit wann tut es das?

Sollten wir noch etwas über die körperliche Entwicklung Ihres Kindes wissen (Frühgeburt o.ä.)?



E Zusammenarbeit mit Eltern

Was hat Sie bewogen unsere Kindereinrichtung auszuwählen?

Welche Erwartungen haben Sie an uns?

Der hessische Bildungs- und Erziehungsplan spricht von einer Erziehungspartnerschaft zwischen Erzieherinnen und Eltern. Was macht für Sie eine gelungene Erziehungspartnerschaft aus?

Die Teilnahme an Elternabenden, Festen, gemeinsamen Ausflügen und sonstigen Aktionen mit der Kindereinrichtung ist uns wichtig. Was sollten wir tun um Sie zu erreichen? Was sollten wir auf keinen Fall machen?

Wir möchten Eltern am Leben in der Kindertagesstätte beteiligen. Was könnten Sie einbringen, was können Sie gut, was machen Sie gerne und wären auch bereit, dies an die Kinder weiterzugeben?

Was möchten Sie uns noch mitteilen?

F Einverständnis

Bilder unseres Kindes können in folgenden Medien verwandt werden:

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ausstellungen im Haus (Geb.Kal., Garderobe, ...): | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | (teilweise auch mit Namen) |
| Printmedien der Einrichtung (Flyer, Konzeption, ...): | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | (generell ohne Namensnennung) |
| Internetseite der Einrichtung bzw. der Stadt: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | (generell ohne Namensnennung) |
| Regionale und überregionale Presse: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | (generell ohne Namensnennung) |

Mein Kind darf gemeinsam in einer Gruppe der Kita den Bus nutzen: Nein Ja (in der Regel mit Ankündigung)

Meine/Unsere Telefonnummer/E-Mail-Adresse darf auf Telefon-/Emaillisten für Kita-Eltern veröffentlicht werden: Nein Ja

Bei meinem/ unserem Kind dürfen Zecken vom Tagespersonal entfernt werden Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben. Darüber hinaus erkenne ich die Hausregeln, auf die ich hingewiesen wurde, an.
Die Regelungen zum Infektionsschutz habe ich zur Kenntnis genommen und werde diese beachten.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

