

# Stammdatenblatt



K  
i  
t  
a  
  
V  
i  
e  
l  
f  
a  
l  
t  
e  
r

|                                                |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name und Vorname des Kindes:</b>            |                                                                                                                                |
| <b>Geboren am:</b>                             |                                                                                                                                |
| <b>Name der Mutter:</b>                        | <b>Sorgerecht:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><small>(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)</small> |
| <b>Name des Vaters:</b>                        | <b>Sorgerecht:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><small>(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)</small> |
| <b>Wohnanschrift des Kindes:</b>               |                                                                                                                                |
| <br>                                           |                                                                                                                                |
| <b>E-Mail Adresse:</b>                         |                                                                                                                                |
| <small>(für Elternbriefe, o.ä.)</small>        |                                                                                                                                |
| <b>Telefonnummer Mutter:</b>                   | <b>Telefonnummer Vater:</b>                                                                                                    |
| <br>                                           | <br>                                                                                                                           |
| <b>Herkunft und Muttersprache der Familie:</b> |                                                                                                                                |
| <br>                                           |                                                                                                                                |
| <br>                                           |                                                                                                                                |

| <b>Im Notfall dürfen folgende Personen benachrichtigt werden:</b> |                       |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Name:</b>                                                      | <b>Telefonnummer:</b> |
|                                                                   |                       |
|                                                                   |                       |
|                                                                   |                       |
|                                                                   |                       |
|                                                                   |                       |
|                                                                   |                       |
|                                                                   |                       |

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Krankenkasse:</b>                                                        |
| <b>Hausarzt:</b>                                                            |
| <b>Mein/ unser Kind hat folgende Allergien/ Krankheiten/ Behinderungen:</b> |
|                                                                             |
| <b>Bemerkungen/ Sonstiges:</b>                                              |
|                                                                             |

\*Von der Hausordnung der Einrichtung habe ich Kenntnis genommen und halte mich daran.

Unterschrift

\*Vom Infektionsschutzgesetz habe ich Kenntnis genommen, halte mich an dessen Vorschriften und an die Meldepflicht bei bestimmten Krankheiten.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



