



Aufnahmebogen Kindergarten

Fragen zum Kind

Name:	Vorname(n):
Rufname:	Geburtsdatum:
Heimatort:	Land:
Adresse:	
AHV-Nummer: 756.	
Kinderkrankheiten: <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Keuchhusten	
Impfungen:	
andere Krankheiten:	
Unfälle:	
Geburtsgebrechen:	
Allergien:	

Fragen zur Familie:

Name(n) und Geburtsjahr der Geschwister:	
Name des Vaters:	Name der Mutter:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Beruf:	Beruf:
Adresse:	
Telefon:	Natel:
Mailadresse:	
Name allfälliger Pflegeeltern:	
Adresse:	
Telefon:	Natel:
Krankenkasse:	
Unfallversicherung:	
Privathaftpflichtversicherung:	

Ort, Datum:

Unterschrift: