



Aufnahmebogen

Angaben zum Kind:

Name, Vorname: _____ Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Adresse: _____

Angaben zur Mutter:

Name, Vorname: _____ Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Sorgeberechtigt: JA NEIN

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefonnummer: _____

Angaben zum Vater:

Name, Vorname: _____ Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Sorgeberechtigt: JA NEIN

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefonnummer: _____



Angaben zum Hausarzt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse:

Name: _____

Versichertennummer: _____

(bitte Kopie beifügen)

Überstandene Krankheiten:

(bitte Impfnachweis beifügen)