

# Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Familiename des Kindes

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Kind spricht

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Aufnahme des Kindes am

\_\_\_\_\_  
**Familiename des/ der  
Personensorgeberechtigten**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Beruf/ Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
**Familiename des/ der  
Personensorgeberechtigten**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Beruf/Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigt

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

**Familien- u. Vornamen der  
Geschwister**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Abholung des Kindes - von  
wem?  
(mit Telefonnummer!)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen zum Gesundheitszustand:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
letzte Tetanusimpfung

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes

\_\_\_\_\_  
Straße/ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der  
Personensorgeberechtigten