

## Personalbogen

### 1. Angaben über das Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Ort, Ortsteil \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Aufnahme am \_\_\_\_\_ Voraussichtlicher Abgang \_\_\_\_\_

### 2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

**Vater** : Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte \_\_\_\_\_

**Mutter**: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte \_\_\_\_\_

### 3. In Notfällen zu erreichen unter Telefonnr. ( Zutreffendes bitte eintragen )

Zu Hause ☎ \_\_\_\_\_ Vater Arbeitsstätte ☎ \_\_\_\_\_

Oma / Opa ☎ \_\_\_\_\_ Mutter Arbeitsstätte ☎ \_\_\_\_\_

Tagesmutter ☎ \_\_\_\_\_ Nachbar/in ☎ \_\_\_\_\_

Sonstige Personen \_\_\_\_\_ (bitte Rückseite beachten →)

#### 4. Geschwister

Anzahl der Geschwister \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

#### 5. Überstandene Krankheiten

(Zutreffenden bitte ankreuzen)

- |                                     |                                       |  |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Tuberkulose           |
| <input type="checkbox"/> Mumps      | <input type="checkbox"/> Keuchhusten  | <input type="checkbox"/> Gelbsucht             |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Windpocken   | <input type="checkbox"/> Typhus                |
| <input type="checkbox"/> Paratyphus | <input type="checkbox"/> Scharlach    | <input type="checkbox"/> Spinale Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Röteln     |                                       |  |

#### 6. Sonstige Krankheitsbilder

Übertragbare Hautkrankheiten \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Lebensmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_

Sonstiges ( z. B. Diabetes, Krampfleiden ) \_\_\_\_\_

#### 7. Impfungen

Bitte **Kopie des Impfpasses** beilegen.

Nach neuen Impfungen bitte Ergänzungskopie für den Kindergarten.

#### 8. Anschriften

Hausarzt \_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Telefonnummer

Kinderarzt \_\_\_\_\_  
Name, Adresse, Telefonnummer

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften der Erziehungsberechtigten