



Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtstag: _____ Religion: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Wohnhaft: _____ Telefon: _____
 Geschwister: _____ Alter der Geschwister: _____
 Krankenversichert bei: _____ Krankenkasse: _____
 Behandelnder Arzt: _____ Adresse: _____

Angaben des Kindes

| | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| sprachgeschädigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sehbehindert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hörgeschädigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | körperbehindert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anderw. behindert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Angaben der Eltern

| | Vater | Mutter |
|----------------------|---------------------|---------------------|
| Vorname, Name | _____ | _____ |
| Geburtstag: | _____ | _____ |
| Anschrift: | _____ | _____ |
| Familienstand: | _____ | _____ |
| Religion: | _____ | _____ |
| Staatsangehörigkeit: | _____ | _____ |
| Beruf: | _____ | _____ |
| Arbeitgeber: | _____ | _____ |
| Anschrift: | _____ | _____ |
| Telefon: | _____ | _____ |
| beschäftigt von | _____ bis _____ Uhr | _____ bis _____ Uhr |

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ist ein Elternteil in der Berufsausbildung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist ein Elternteil verstorben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind die Eltern geschieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gründe der Aufnahme

Wohnverhältnisse: _____
 Soz. Päd. Gründe: _____
 Andere: _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Vormittags Ganztags Hort

Ort / Datum _____ Unterschrift _____