

**Alle Angaben sind freiwillig**

Einschulkind	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / -land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt	
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
zuständige Schule	
Kindergarten (Name, Aufnahme datum)	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	

	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Staatsangehörigkeit (bei Geburt, ggf. mehrere)		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind <input type="checkbox"/>	siehe Kind <input type="checkbox"/>
Telefon		
KISS-Sprachscreening	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geschwister (Geburtsjahr)	1. .... 2. .... 3. ....	
4. ....	5. .... 6. .... 7. ....	

**Familienvorgeschichte** (Eltern oder Geschwister des Kindes)

Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/>	Lese-Rechtschreibschwäche <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/>	Rechenschwäche <input type="checkbox"/>
Chron. Erkrankungen/ bzw. Behinderungen <input type="checkbox"/> (welche):	

**Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung**

Probleme während der Schwangerschaft/Geburt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche):	Geburtsgewicht: .....g
Freies Laufen mit .....Mon.	Besonderheiten der Säuglings- u. Kleinkinderzeit: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (welche) :	
Erste Worte mit .....Mon.		
Erste Sätze mit .....Mon.		
Tagsüber ohne Windeln mit .....Jahren		
Nachts ohne Windeln mit .....Jahren		

**Erkrankungen / Unfälle** (Zutreffendes ankreuzen bzw. beschreiben)

Windpocken:  ja  nein  unbekannt Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung):

Andere schwere Erkrankungen:

Unfälle:

Krankenhausaufenthalte, Operationen:

Oft in ärztlicher Behandlung wegen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):

**Fördermaßnahmen und Hilfsmittel**

Sehstörung <input type="checkbox"/>	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:
Hörstörung <input type="checkbox"/>	Hörhilfen:	
Sprachstörung <input type="checkbox"/>	Sprachtherapie von	bis
Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):		
Psychomotorik von	bis	Ergotherapie von
		bis

**Persönliche Besonderheiten**

Bewegungsunruhe  Konzentrationsschwäche  Ängstlichkeit  Ungeschicklichkeit

Verzögerte Entwicklung  Einnässen/Einkoten  Sonstiges:

**Eingliederungshilfen**

Integrationsplatz im Kindergarten von	bis	Frühförderung bei	von	bis
---------------------------------------	-----	-------------------	-----	-----

Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:

Sport im Verein:..... Sonstiges:.....

Kann Ihr Kind schwimmen?  ja  nein Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen?  ja  nein

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_