

	Einschulkind
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort / -land	
Staatsangehörigkeit bei Geburt	
In Deutschland seit:	--- -- --- -- -- -- Monat Jahr
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	
Kinder-/Hausarzt	
Weitere Fachärzte	
Sport im Verein:	
Sonstiges:	
Kann ihr Kind schwimmen?	☐ ja ☐ nein
Hat ihr Kind das Seepferdchenabzeichen?	☐ ja ☐ nein

	Mutter/Vater/Elternteil 1	Mutter/Vater/Elternteil 2
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort/-land		
Staatsangehörigkeit (bei Geburt)		
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)	siehe Kind ☐	siehe Kind ☐
Telefon		
E-Mail-Adresse für Terminabsprachen		
Geschwister/Kinder im gleichen Haushalt (Geburtsjahr)	1.	2.
	3.	
4.	5.	6.
	7.	

Angaben zu Kindertagesstätte und Schule	
Kindertagesstätte	Seit: Monat / Jahr
Name:	
Integrationsplatz in der Kita	nein ☐ ja ☐
Frühförderung	nein ☐ ja ☐
Kindersprachscreening KiSS	nein ☐ ja ☐
Vorlaufkurs	nein ☐ ja ☐
Zuständige Schule	
Familienvorgeschichte (Eltern / Personensorgeberechtigte / Geschwister des Kindes)	
Brillen-bzw. Kontaktlinsenträger: ☐	
Chron. Erkrankungen bzw. Behinderungen: ☐ (welche)	
Entwicklung	
Besonderheiten: nein ☐ ja ☐	Geburtsgewicht:g
Schwangerschaftsdauer nein ☐ ja ☐	
regelrecht:	
Besonderheiten der Säuglings- und Kleinkinderzeit: nein ☐ ja ☐	
Erkrankungen / Unfälle	
Schwere Infektionskrankheiten (z.B. Hirnhautentzündung) oder andere schwere Erkrankungen: nein ☐ ja ☐	
Allergien: nein ☐ ja ☐ (welche):	
Krankenhausaufenthalte / Operationen: nein ☐ ja ☐	
In ärztlicher Behandlung wegen:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Präparat und Dosierung):	

Fördermaßnahmen / Therapien / Hilfsmittel	
☐ Sehestörung	☐ Brille seit: ☐ Schielbehandlung, Sehschule seit:
☐ Hörstörung	☐ Hörhilfen:
☐ Sprachstörung	☐ Logopädie von bis
☐ Ergotherapie von bis	☐ Krankengymnastik von bis
☐ Andere Fördermaßnahmen / Therapien (welche):	

Persönliche Besonderheiten (werden in einem persönlichen Gespräch vertraulich erörtert) _____
(z.B. Bewegungsunruhe, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Bewegungsunruhe, Ungeschicklichkeit, Verzögerte Entwicklung, Einnässen, Einkoten):
nein ☐ ja ☐

☐ Ich/wir erteile/-n eine Vollmacht für Frau / Herrn: _____ (ausgewiesen durch Personalausweis) das o.g. Kind zur Schuleingangsuntersuchung zu begleiten und entsprechende Informationen zur Untersuchung zu erhalten.

Ausgefüllt am: _____ Unterschrift Eltern /Personensorgeberechtigte: _____

