



STAMMDATENBLATT

Angaben zum Kind: (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Name:	Vorname:	
geboren am:	Staatsbürgerschaft:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:
Versicherung:	Versicherungsnummer:	
Religion:	Muttersprache:	

Personen die im gleichen Haushalt wohnen

Mutter Lebensgefährtin Vater Lebensgefährte

Name:	Vorname:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:
Telefonnr.:	E-Mail:	
<input type="checkbox"/> alleinerziehend	Beruf:	
<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	
<input type="checkbox"/> Karenz von:	bis:	

Personen die im gleichen Haushalt wohnen

Vater Lebensgefährte Mutter Lebensgefährtin

Name:	Vorname:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:
Telefonnr.:	E-Mail:	
<input type="checkbox"/> alleinerziehend	Beruf:	
<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	

Wer darf das Kind außer den Erziehungsberechtigten abholen:

Name:	Verhältnis zum Kind:	Telefonnr.:

Wer darf das Kind **NICHT abholen:**

Name:	Verhältnis zum Kind:	Telefonnr.:

ACHTUNG!!! Im Notfall zu verständigen:

Name:	Verhältnis zum Kind:	Telefonnr.:

Wichtige Angaben zum Kind:

Geschwister:

Name:	geboren am:
Name:	geboren am:

Impfungen, die für den Ernstfall bekannt sein sollen:

Zecken:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tetanus:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere:		

Wichtige Informationen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:	Wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> Probleme bei der Geburt	
<input type="checkbox"/> Behinderungen	
<input type="checkbox"/> Chronische Krankheiten	
<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten (z.B.: Bienen, Wespen,...)	
<input type="checkbox"/> Familiäre Veränderungen (Trennung, Scheidung, Todesfälle,...)	
<input type="checkbox"/> Wechsel der Erziehungsberechtigten (Adoption, Pflegefamilie, ...)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Wichtige Informationen zur Ernährung Ihres Kindes:

<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> vegan	<input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch	
<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Zöliakie	
<input type="checkbox"/> Krebstiere (B)	<input type="checkbox"/> Ei (C)	<input type="checkbox"/> Fisch (D)	<input type="checkbox"/> Erdnuss (E)
<input type="checkbox"/> Soja (F)	<input type="checkbox"/> Schalenfrüchte (H)	<input type="checkbox"/> Sellerie (L)	<input type="checkbox"/> Senf (M)
<input type="checkbox"/> Sesam (N)	<input type="checkbox"/> Sulfite (O)	<input type="checkbox"/> Lupinen (P)	<input type="checkbox"/> Weichtiere (R)
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<input type="checkbox"/> Mein Kind hat keine Allergien / Unverträglichkeiten			

Um Ihr Kind bestmöglich betreuen zu können,
bitten wir Sie, das Formular vollständig auszufüllen!
Bei Veränderungen (Wohnsitz, Telefonnummer, Allergien, etc.) ist die Schule
bzw. die GTS unverzüglich zu informieren!
Alle Informationen werden vertraulich behandelt!

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____