



# Evidenzblatt

Angemeldet am:

Eingetreten am:

Abgemeldet am:

Kind Familien- und Vorname	Wohnadresse
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Religion	Erstsprache
Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenkasse:	Hausarzt:
Überstandene Krankheiten:	
Krankheiten, Allergien, Beeinträchtigungen, usw.	

**OBSORGEBERECHTIGT:** ☐ beide Elternteile ☐ Mutter ☐ Vater

Andere:

Mutter Vor- und Nachname	Sozialversicherungsnummer (nur angeben, wenn das Kind mitversichert ist)
.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geburtsdatum:	
Religion:	Staatsangehörigkeit:
Wohnadresse:	Arbeitgeber:
Beruf:	Beschäftigung: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Geringfügig <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Karenz bis:
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

<b>Vater</b> Vor- und Nachname		<b>Sozialversicherungsnummer</b> (nur angeben, wenn das Kind mitversichert ist)	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Geburtsdatum:			
Religion:		Staatsangehörigkeit:	
Wohnadresse:		Arbeitgeber:	
Beruf:		Beschäftigung: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Geringfügig <input type="radio"/> Keine	
Telefonnummer:		E-Mail-Adresse:	

<b>Geschwister:</b>	
Name:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsdatum:

Weitere Personen, die im Notfall verständigt werden können: Name, Telefon Nr. & Adresse sowie Verhältnis zum Kind (z.B. Oma, Opa, Tante, Nachbar, ...) angeben
Abholberechtigte Personen: Name der Person (Person muss das 15. Lebensjahr vollendet haben) & Verhältnis zum Kind

Der/die Sorgeberechtigte ist damit einverstanden, dass das oa Kind der zuständigen Sonderkindergartenpädagogin/dem zuständigen Sonderkindergartenpädagogen und/oder den MitarbeiterInnen des Mobilen Heilpädagogischen Dienstes (Physiotherapeuten / Logopäden / Musiktherapeuten) im Kindergarten vorgestellt werden darf. Bei Bedarf wird der/die Sorgeberechtigte zu einem Gespräch eingeladen.  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---

.....  
 Datum und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten