

3. Person, die den/die Schüler/in betreut, falls nicht zugleich Erziehungsberechtigte/r

Art des Verhältnisses zum Schüler (z.B. Verwandter, Pflegeeltern, Heimleiter, etc.)	Anschrift (falls von Schüleradresse abweichend)
Name, Vorname	

4. Allgemeines

Besucht Ihr Kind <u>voraussichtlich</u> unser Tagesheim	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
oder unsere Mittagsbetreuung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Geht Ihr Kind <u>voraussichtlich</u> in einen Hort?		
<input type="checkbox"/> Ja, welchen: <input type="checkbox"/> Nein		
Zahl der Geschwister: Geburtsjahr der Geschwister:		
Müssen Besonderheiten berücksichtigt werden, z. B. Probleme mit dem Gehör, den Augen, körperliche Mängel (Einschränkung im Bewegungsapparat), Allergien, Asthma.....? *		
.....		
.....		
.....		
Gibt es bei Ihrem Kind sprachliche Probleme? *		
<input type="checkbox"/> Stottern <input type="checkbox"/> Lispeln		
<input type="checkbox"/> Ist/war Ihr Kind in logopädischer Behandlung?		
<input type="checkbox"/> Seit wann wie lange.....? *		
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? *		
<input type="checkbox"/> Ja, welche.....		<input type="checkbox"/> Nein

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten