

**Alle Angaben sind freiwillig**

|   |                     |
|---|---------------------|
|   | <b>Einschulkind</b> |
| <b>Name, Vorname</b>                              |                     |
| <b>Geburtsdatum</b>                               |                     |
| <b>Geburtsort / -land</b>                         |                     |
| <b>Staatsangehörigkeit bei Geburt</b>             |                     |
| <b>Adresse</b><br>(PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.) |                     |
| zuständige <b>Schule</b>                          |                     |
| <b>Kindergarten</b><br>(Name, Aufnahmedatum)      |                     |
| <b>Kinder-/Hausarzt</b>                           |                     |
| <b>Weitere Fachärzte</b>                          |                     |

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
|  | <b>Vater</b>  | <b>Mutter</b>                       |
| <b>Name, Vorname</b>                                     |   |                                     |
| <b>Geburtsdatum</b>                                      |   |                                     |
| <b>Geburtsland</b>                                       |   |                                     |
| <b>Staatsangehörigkeit</b><br>(bei Geburt, ggf. mehrere) |   |                                     |
| <b>Adresse</b><br>(PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.)       | siehe Kind <input type="checkbox"/>                       | siehe Kind <input type="checkbox"/> |
| <b>Telefon</b>   |   |                                     |
| <b>KISS-Sprachscreening</b>                              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                     |
| <b>Weitere Kinder im Haushalt</b> (Geburtsjahr)          | 1. ....   | 2. ....                             |
|  | 3. ....   | 4. ....                             |
|  | 5. ....   | 6. ....                             |
|  | 7. ....   | 8. ....                             |

**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): | <b>Geburtsgewicht:</b> .....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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>        | Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/> | Ängstlichkeit <input type="checkbox"/> | Ungeschicklichkeit <input type="checkbox"/> |
| Verzögerte Entwicklung <input type="checkbox"/> | Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/>     | Sonstiges: <input type="checkbox"/>    |   |

**Eingliederungshilfen**

|  |     |                      |     |     |
|--|-----|----------------------|-----|-----|
| Integrationsplatz im Kindergarten<br>von | bis | Frühförderung<br>bei | von | bis |
|--|-----|----------------------|-----|-----|

|  |   |
|--|---|
| Interessen, besondere Fähigkeiten, Stärken:  |   |
| Sport im Verein:.....  | Sonstiges:.....   |
| Kann Ihr Kind schwimmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hat Ihr Kind das Seepferdchenabzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

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