

KINDERGARTEN DER RUDOLF-STEINER-SCHULE NORDHEIDE

Lange Straße 2, 21255 Kakenstorf Tel.: 04186 / 8106 Fax: 04186 / 89 35 35

Aufnahmeantrag

Es können nur Kinder, die spätestens zum Kindergarteneintritt den Wohnsitz im Landkreis Harburg haben, aufgenommen werden.

Bitte fügen Sie diesem Antrag ein Foto und einen Entwicklungsbericht bei.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Datum: _____

Name des Kindes: _____
(Rufname bitte unterstreichen)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

_____ Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

erlernter Beruf: _____

ausübend z.Zt.: _____

Religion: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

erlernter Beruf: _____

ausübend z.Zt.: _____

Religion: _____

wird vom Kindergarten ausgefüllt

Vertragsbeginn: _____

Sonnenkreis

Sternenkreis

Mondenkreis

Kleiner Sonnenkreis

Halber Kindergartenplatz

Neue Eltern

Familienverhältnisse: _____ Wer ist erziehungsberechtigt? _____
(verh. / gesch. / getr. lebend / ledig / verw.)

Bitte kreuzen Sie hier Ihre gewünschten Betreuungszeiten/Sonderöffnungszeiten an:

7:30h bis 8h 8h bis 12h 8h bis 13h

Mittagsbetreuung 12h bis 14h, am Mo Di Mi Do Fr

Wurde parallel zu diesem Antrag für ein Geschwisterkind die Aufnahme in die Rudolf Steiner Schule beantragt? ja für welche Klasse? _____ nein

Wievieltens Kind: _____ von wie vielen Kindern: _____

Name und Geburtsdatum der Geschwister: _____

War das Kind längere Zeit von den Eltern getrennt?

Wie verlief die Schwangerschaft? _____

Umstände der Geburt: _____

(normale Geburt / Spontangeburt / künstl. Einleitung / Zangen- oder Schnittentbindung)

Wie lange wurde gestillt? _____

Wann konnte das Kind sitzen? _____ stehen? _____

laufen? _____

Hat das Kind gekrabbelt? _____

Bekam das Kind Vigantol, D-Fluoretten o.a.? _____

Schutzimpfungen

Tetanus _____ Diphtherie _____ Keuchhusten _____

HIB _____ Kinderlähmung _____

Masern/Mumps/Röteln _____ Hepatitis B _____ TBC _____

Sonstiges (z.B. Pocken) _____

Kinderkrankheiten (mit Altersangabe)

Masern _____ Windpocken _____ Scharlach _____

Röteln _____ Mumps _____ Keuchhusten _____

Andere durchgemachte Krankheiten und Operationen oder Unfälle (mit Altersangabe)

Neigt das Kind im Moment zu bestimmten Krankheiten? _____

Darf es bestimmte Dinge nicht essen? _____

Ist das Kind trocken? tagsüber _____ nachts _____

Sprachauffällig: _____ Rechts- / Linkshänder: _____

Brillenträger: _____ Gehör: _____

Schlaf: _____ wie lange: _____

Sieht das Kind fern? _____

wenn ja, was? _____

Name und Anschrift _____

des Kinderarztes _____ Telefon: _____