



Voranmeldung im Brucker Kinderhaus

- Integrativer Schulkindergarten (ISKG)
 Heilpädagogische Tagesstätte für Vorschulkinder (HPT)

(bitte Ihre erste Wahl ankreuzen)

Nachname des Kindes:	Vorname:
geb. am:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Adresse:	Telefon: Mutter: Vater: E-Mail:
Name des Vaters:	geb. am/in (Land):
Beruf erlernt: Beruf ausgeübt:	Konfession:
Name der Mutter:	geb. am/in (Land):
Beruf erlernt: Beruf ausgeübt:	Konfession:
Sorgeberechtigte(r): Wer darf das Kind abholen?	
Anzahl der Geschwister:	Alter:
Haus- oder Kinderarzt (mit Adresse):	Telefon Nr.:
Krankenkasse:	Versichert mit:



1. Welche Einrichtungen hat Ihr Kind bis jetzt besucht?

(Bitte auch angeben, ob Ihr Kind bereits von der Interdisziplinären Frühförderstelle behandelt wird / wurde.)

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass Informationen / Unterlagen - zum Zwecke der Einschätzung der Schulfähigkeit / des Förderbedarfs - über mein / unser Kind von der derzeit besuchten Einrichtung / Frühförderstelle an die Mitarbeiter des „Brucker Kinderhauses“ weitergegeben werden dürfen:

Ja

Nein

2. Wie kamen Sie zu uns? (Empfehlung?)

3. Grund für die Voranmeldung? (z. B. mein Kind braucht in folgenden Bereichen noch Förderung: Konzentration, Malen/Abzeichnen, körperliche Geschicklichkeit, Aussprache, Sozialverhalten, Sprachverständnis/Wortschatz gerne auch mit Beispielen)

4. Bisherige Therapien? (z.B. Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik, heilpädagogische Übungsbehandlung, Psychotherapie ...) Bitte auch angeben bei wem und wie lange!



5. Bisherige psychologische Testung (bei wem / wann?)

6. Betreuungszeit:

HPT Bereich: Mo - Fr jeweils 8.00-14.00 Uhr

ISKG Bereich: Mo -Do: 7.30-15.30 Uhr (variabel buchbar- 8.00 bis 14.00 Anwesenheitspflicht!)
Fr. 7.30-14.00 Uhr

Gewünschte Betreuungszeit (betrifft nur den Integrativen Schulkindergarten):

8. Nimmt ihr Kind derzeit am Vorkurs Deutsch teil?

Ja

Nein

wenn ja, wo:

9. Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft?

Ja

Nein

10. Sonstige wichtige Informationen zu Ihrem Kind (Besonderheiten, Allergien):

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten