Stiftung Kinderhilfe Fürstenfeldbruck
Tagesstätten der Kinderhilfe FFB
gemeinnützige GmbH

Voranmeldung in der Heilpädagogischen Tagesstätte Am Schulweg

1. Angaben zum Kind

Nachname des Kindes: …… . Vorname: ……..
Geburtsdatum: …..…… …… Geschlecht: …… ……...
Geburtsort: …..……. Staatsangehörigkeit: ……
Adresse: …… ……...
Telefon: ……
Bei wem ist das Kind krankenversichert? O Mutter O Vater
Angabe der Krankenkasse:
……..
Bei wem lebt das Kind? O Mutter O Vater O beide Elternteile
O Andere: ……
Wer hat das Sorgerecht? O Mutter O Vater O beide Elternteile
O Andere: ……...

2. Angaben zu den Eltern

Name der Mutter: …… Name des Vaters: ……
Geburtsdatum: …….. Geburtsdatum: ……..
Staatsangehörigkeit: ……... Staatsangehörigkeit: ……
Adresse (falls abweichend): …….. Adresse (falls abweichend): ……...
…… ……
erlernter Beruf: …… erlernter Beruf: ……
ausgeübter Beruf: …… ausgeübter Beruf: ……
Mobil-Nr.: ……..... Mobil-Nr. : ……
E-Mail: ……... E-Mail: ……

3. Familiäres Umfeld des Kindes:

Geschwister/Halbgeschwister (Name und Alter)
…… …… ……
…… …… ……..…….

Welche Personen leben im gleichen Haushalt wie das Kind?

……

Bei Trennung/Scheidung der Eltern:

Seit wann leben die Eltern getrennt?

……

Wie häufig hat das Kind Kontakt zum anderen Elternteil?

……..

Bei Pflegeeltern:

Wie häufig hat das Kind Kontakt zu den leiblichen Eltern?

……

4. Bisher besuchte/r Spielgruppe/Krippe/Kindergarten (von wann bis wann):

……. …….

……. …….

5. Wie haben Sie von uns erfahren? (Empfehlung durch…, Selbstrecherche, ...)

……

6. Gründe für die Voranmeldung

(z. B. mein Kind braucht in folgenden Bereichen Förderung: gerne auch mit Beispielen)

……...

……...

……...

……...

7. Haben Sie sich wegen der Gründe schon an eine andere Stelle gewandt?

(z. B. Frühförderung, Klinik, Therapeuten etc.)

……..

……...

Welche Maßnahmen/Therapien usw. wurden bereits getroffen oder sind geplant?

……

……...

8. Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgendes mit:

- vorhandene haus-/kinder-/fachärztliche Bescheide, Berichte und Briefe
- Untersuchungsheft des Kinderarztes + Impfpass
- sonstige Berichte (Frühförderstelle, Therapeuten, Krippe, Kindergarten,…)
- ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtsentbindung

Ort, Datum…… Unterschrift Sorgeberechtige/r ……