



Voranmeldung in der Heilpädagogischen Tagesstätte für Grundschul Kinder

1. Angaben zum Kind

Nachname des Kindes: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Geburtsort: Staatsangehörigkeit:

Adresse:

Telefon:

Bei wem ist das Kind krankenversichert? Mutter Vater

Angabe der Krankenkasse:

Bei wem lebt das Kind? Mutter Vater beide Elternteile
 Andere:

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater beide Elternteile
 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 Kindergarten/Schule/Hort (von wann bis wann):

.....
.....

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

.....

6. Gründe für die Voranmeldung

(z. B. mein Kind hat in folgenden Bereichen Schwierigkeiten / braucht in folgenden Bereichen noch 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?

.....
.....

Hatten Sie bereits Kontakt zum Jugendamt? ja nein

8. Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Folgendes mit:

- vorhandene haus-/kinder-/fachärztliche Bescheide, Berichte und Briefe
- sonstige Berichte (Frühförderstelle, Therapeuten, Schule, Kindergarten,...)
- ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtsentbindung

Ort, Datum..... Unterschrift Sorgeberechtigte/r



Schweigepflichtsentbindung HPT für Grundschulkinder

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass Mitarbeitende der Heilpädagogischen Tagesstätte streng vertrauliche Informationen, die im Aufnahmeverfahren, zur fortlaufenden Diagnostik sowie der Förderplanerstellung

unseres Kindes _____ hilfreich sind, mit folgenden Stellen austauschen:

Unzutreffendes bitte durchstreichen

behandelnder Arzt (Kinderarzt, Allgemeinarzt) gilt auch umgekehrt

.....
Name/Adresse/Telefonnummer

Frühförderstelle der Stiftung Kinderhilfe FFB gilt auch umgekehrt

.....
Name der Psychologin/Einzeltherapeutin/Telefonnummer

Kindergarten/Schule gilt auch umgekehrt

.....
Name der Einrichtung/Adresse/Telefonnummer

Jugendamtsmitarbeiterin und sozialpädagogische Familienhilfe gilt auch umgekehrt

.....
Name/Adresse/Telefonnummer

Sonstige Personen/Institutionen gilt auch umgekehrt

.....
Name/Telefonnummer

Die Schweigepflichtsentbindung ist gültig bis zum Abschluss der heilpädagogischen Maßnahme. Mir ist bekannt, dass ich diese jederzeit verändern und widerrufen kann.

Fürstenfeldbruck, den

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Unterschrift der Sorgeberechtigten