



## Voranmeldung in der Heilpädagogischen Tagesstätte Pucher Straße Intensivgruppe

### 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 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
- sonstige Berichte (Frühförderstelle, Therapeuten, Krippe, Kindergarten,...)
- ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtsentbindung

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