PERSONALBOGEN

(nur zum internen Gebrauch der Tageseinrichtung)



1. Angaben über das Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Konfession	Staatsangehörigkeit (Hauptstaatsangehörigkeit)
Staatsangehörigkeit 2	*Sprache (vorwiegend in der Familie gesprochene Sprache)
Geschlecht	
Strasse PLZ / Wohnort	
E-Mail	
Im Notfall ist außerdem telefor	nisch erreichbar:
1	
2	
	ch mitteilen
Kinderarzt / Hausarzt	
Krankenkasse	Versicherter
Anlage 2	

IMPFBESCHEINIGUNG



Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	Datum der Aufnahme in die Kita
Adresse	
Es sind alle dem Alter entsprechend zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Zusätzlich sind weitere Impfungen e Es liegen medizinische Gründe vor, Impfung nicht möglich ist: Ja N	☐ Ja ☐ Nein rfolgt, wie z.B.: weshalb derzeit eine vollständige
☐ Tetanus ☐ Hepati	ch ist: lähmung □ Mumps tis B □ RöteIn nokokken □ Rotavirus
Vertragsarztstempel / Unterschrif	t
Ich wurde von meiner Ärztin/meinen vollständigen, altersgemäßen, ausre darüber informiert, dass die öffentlic oben erwähnten Krankheiten bei me sind. Ich möchte / wir möchten nicht werden. Die Ärztin / der Arzt hat übe Kinder nach § 34 Infektionsschutzge ausgeschlossen werden können.	eichenden Impfschutz beraten und h empfohlenen Impfungen gegen die einem Kind fehlen oder unvollständig , dass diese Impfungen nachgeholt er die Möglichkeit aufgeklärt, dass
Ort, Datum / Untrschrift des / der Pe	rsonensorgeberechtigten
Ort, Datum / Unterschrift der / des a Anlage 3	ufklärenden Årztin / Arztes