



Erfassungsbogen

Name des Kindes _____

Mein Kind hat folgenden Hausarzt (Adresse / Tel.Nr.)

Mein Kind hat folgende Allergien

Mein Kind hat Asthma ja nein

Mein Kind hat epileptische Anfälle ja nein

Mein Kind hat Diabetes ja nein

Mein Kind hat andere Krankheiten _____

Mein Kind erhielt im Kindergarten Hilfen der Frühförderung:

Ergotherapie Logopädie Physiotherapie keine

Mein Kind erhält Psychotherapie ja nein

Mein Kind erhält heilpädagogische Förderung ja nein

Auf folgende Besonderheiten sind bei meinem Kind zu achten

Notfallnummer der Eltern
