

# WALDORFKINDERGARTEN

## IM VEREIN ZUR FÖRDERUNG DER WALDORFPÄDAGOGIK NORDHEIDE E.V.

Lange Str. 2, 21255 Kakenstorf Tel. 04186/8106 Fax: 04186/888 160

[info@waldorfkindergarten-kakenstorf.de](mailto:info@waldorfkindergarten-kakenstorf.de) [www.waldorfkindergarten-kakenstorf.de](http://www.waldorfkindergarten-kakenstorf.de)

### Aufnahmeantrag

Es können nur Kinder, die spätestens zum Kindergarteneintritt den Wohnsitz im Landkreis Harburg haben, aufgenommen werden.

Bitte fügen Sie diesem Antrag ein Foto und einen Entwicklungsbericht bei.

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ (Rufname bitte unterstreichen)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ ausübend z. Zt.: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ ausübend z. Zt.: \_\_\_\_\_

Familienverhältnisse: \_\_\_\_\_ Wer ist erziehungsberechtigt? \_\_\_\_\_

(verh./gesch./getr.lebend/ledig/verw.)

Aufnahme soll erfolgen zum: \_\_\_\_\_ in die:  Krippe  Kleingruppe  Regelgruppe

Gewünschte Betreuungszeit (bitte ankreuzen):  7:30 bis 8 Uhr  8 bis 12 Uhr  8 bis 14 Uhr

Wieviertes Kind: \_\_\_\_\_ von wie vielen Kindern: \_\_\_\_\_

Geschwisterkind:  Kindergarten  Schule (Aufnahme beantragt für) Klasse \_\_\_\_\_

Neue Eltern:  ja  nein

Name und Geburtsdatum der Geschwister: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

War das Kind längere Zeit von den Eltern getrennt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie verlief die Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Umstände der Geburt: \_\_\_\_\_

(normale Geburt / Spontangeburt / künstl. Einleitung / Zangen- oder Schnittentbindung )

Wie lange wurde gestillt? \_\_\_\_\_

Hat das Kind gekrabbelt? \_\_\_\_\_

Wann konnte das Kind sitzen? \_\_\_\_\_ stehen? \_\_\_\_\_

laufen? \_\_\_\_\_

Bekam das Kind Vigantol, D-Fluoretten o.a.? \_\_\_\_\_

### Schutzimpfungen

Tetanus

HIB

Masern/Mumps/Röteln

Diphtherie

Kinderlähmung

Hepatitis B

Keuchhusten

TBC

Windpocken

Sonstiges (z.B. Pocken) \_\_\_\_\_

**Kinderkrankheiten (mit Altersangabe)**

- Masern
- Röteln
- Windpocken
- Mumps
- Scharlach
- Keuchhusten

Andere durchgemachte Krankheiten und Operationen oder Unfälle (mit Altersangabe)

---

---

Neigt das Kind im Moment zu bestimmten Krankheiten? \_\_\_\_\_

---

Darf es bestimmte Dinge nicht essen? \_\_\_\_\_

---

Ist das Kind trocken? Tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

Brillenträger: \_\_\_\_\_ Gehör: \_\_\_\_\_

Schlaf: \_\_\_\_\_ wie lange: \_\_\_\_\_

Sprachauffällig: \_\_\_\_\_ Rechts- / Linkshänder: \_\_\_\_\_

Sieht das Kind fern? \_\_\_\_\_ wenn ja, was? \_\_\_\_\_

---

Name und Anschrift des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

---

Telefon: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten