

# STECKBRIEF NEUANMELDUNG

Wir möchten gerne mehr über dich herausfinden um zu sehen in welche Gruppe du am besten reinpasst!



Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lehrer: \_\_\_\_\_

Dürfen wir deinen Lehrer mal anrufen um mehr über dich herauszufinden?  ja  nein

Was mache ich gerne zuhause und in der Schule? (Hobbies, Interessen, Lieblingsspielzeug)

\_\_\_\_\_

Das mag ich nicht gerne?

\_\_\_\_\_

Brauch ich eher Ruhe oder Action?

\_\_\_\_\_

Spiele ich gerne alleine oder mit anderen?

\_\_\_\_\_

Mache ich gerne Ausflüge?

\_\_\_\_\_

Kann ich sprechen?

\_\_\_\_\_

Wobei brauche ich noch Hilfe?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Persönlichkeit des Kindes

Welche Interessen hat das Kind?

---



---

Was macht es am liebsten in der Schule?

---



---

Welche derzeitigen Förderziele hat die Schule?

---



---

Eigenschaften	Sehr	Mittel	Wenig	Gar nicht	Bemerkung
Kontaktfreudig					
Aggressiv					Auslöser:
Auto-aggressiv					
Antriebsarm					
Lebhaft					
Läuft weg/ Fluchtgefahr					
Spielt auch alleine					
Spielt auch mit anderen					

Bemerkung \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Lehrer/in \_\_\_\_\_



# Anmeldung

Tel.: 069 – 50682429-0

**Hiermit melde ich/melden wir unser Kind** zum \_\_\_\_ in der Einrichtung Im Uhrig, Im Uhrig 15A, 60433 Frankfurt an. Jahr eintragen  
Bitte geben Sie zusätzlich noch das früheste Anmeldedatum an \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Daten des Kindes

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

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

Geschlecht: 0 weiblich 0 männlich Religion: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Herkunftsland der Familie \_\_\_\_\_

### ADRESSE

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: PLZ: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Schule des Kindes \_\_\_\_\_ LehrerIn \_\_\_\_\_  
Name der Schule

Schulzeiten täglich von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

Welchen Kindergarten hat Ihr Kind vor der Schule besucht?

\_\_\_\_\_  
Name Ort

Besucht Ihr Kind zurzeit einen Kinderhort, wenn ja, welchen?

\_\_\_\_\_  
Name Ort

## 2. Behinderung/Diagnose: \_\_\_\_\_

Rollstuhl 0 ja 0 nein, Nahrung anreichen 0 ja 0 nein, Hilfe bei der Toilette 0 ja 0 nein

Gutachten von Ärzten /Krankenhäusern liegen vor 0 ja 0 nein

### 2 A. Gibt es in der Familie noch weitere Personen mit Behinderung?

0 Nein 0 Ja , welche \_\_\_\_\_

### 3. Persönliche Daten der Eltern

	Mutter des Kindes	Vater des Kindes
Vorname und Nachname		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Religion		
Strasse		
PLZ und Wohnort		
Telefon zu Hause		
Mobil		
e-mail		
Beruf		
Adresse der Firma		
Anzahl Arbeitstunden	Ganztags 0    dreiviertel 0 halbtags 0	
Telefon Firma		
In wie vielen Minuten kann ich in Notfällen in der Einrichtung sein?		
PKW vorhanden (ja/nein)		

### 4. Juristische Daten der Eltern

Ehestand	Ja	Nein	Seit ... Datum	Bemerkungen
Alleinerziehend				
Verheiratet				
Getrennt lebend				
Geschieden				
Sorgerecht des Kindes Haben <u>beide Eltern</u>				
Sorgerecht des Kindes Hat <u>die Mutter</u>				
Sorgerecht des Kindes Hat <u>der Vater</u>				
Leibliches Kind der Mutter				
Leibliches Kind des Vater				

### 5. Familien-Daten

Name der Geschwister	Geburtsdatum	Geschlecht w/m
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater

# Fähigkeiten des Kindes mit Behinderung

Anmeldeformular Einrichtung Im Uhrig

Seite 1

## Laufen

Sehr gut	gut	mittelmäßig	Schlecht	Gar nicht	Hilfen

Bemerkung zum Laufen \_\_\_\_\_

## Sprechen

Sehr gut	gut	mittelmäßig	Schlecht	Gar nicht	Hilfen

Bemerkung zum Sprechen \_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) spricht das Kind? \_\_\_\_\_

Welche Sprache wird in der Familie gesprochen? \_\_\_\_\_

Welche Hilfsmittel werden zum Sprechen verwendet? \_\_\_\_\_

Bilder 0    Zeichen 0    Gesten 0

## Verstehen

Sehr gut	gut	mittelmäßig	Schlecht	Gar nicht	Hilfen

Bemerkungen zum Verstehen \_\_\_\_\_

Lernt Ihr Kind in der Schule Lesen und Schreiben?    Ja 0    nein 0

Welche Förderung und Therapien wurden durchgeführt? \_\_\_\_\_

**Essen**

Sehr gut	gut	mittelmäßig	Schlecht	Gar nicht	Hilfen

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Wieviel wiegt Ihr Kind ca.? \_\_\_\_\_ kg\_\_ Wie groß ist Ihr Kind ca. \_\_\_\_\_ m\_\_

Liegen Allergien und Besonderheiten beim Essen vor? Ja 0 nein 0

Welche? \_\_\_\_\_

**Toilettengang**

Alleine	Erinnerung T.	Hilfe Ausziehen	Hilfe auf der T.	Windeln	Hilfen

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Unsere Tochter hat ihre Periode ja 0 nein 0

Sie braucht dabei Hilfe ja 0 nein 0 \_\_\_\_\_

Sonstige Informationen zur hygienischen Versorgung und Gesundheit

---



---

## Situation der Familie

Mit welchem Alter wurde die Behinderung Ihres Kindes festgestellt und wo?

---

Hatte Ihr Kind schwere Krankheiten und Aufenthalte im Krankenhaus?

---

---

Leidet Ihr Kind an einer ansteckenden Krankheit?

---

Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft? (Nachweispflicht seit 2020)    Ja     Nein

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind (Name, Uhrzeit, Dosierung)?

---

Welche Therapien hat Ihr Kind derzeit (Anbieter, Tag)?

---

Wer betreut das Kind mit Behinderung hauptsächlich und wer noch?

---

Wie ist die familiäre Situation Ihres Kindes?

---

Gibt es Eingliederungshilfen für das Kind zu Hause oder in der Schule und welche?  
z.B. Eingliederungshilfe am Wochenende, Familienhilfe, Angebote am Nachmittag etc.

I-Helfer	Eingliederungshilfe am Wochenende	Familienhilfe	Angebote am Nachmittag

Weitere \_\_\_\_\_

Wie ist die Adresse vom Arzt Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

---

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert und über wen? \_\_\_\_\_

Vater 0      Mutter 0      \_\_\_\_\_

Wie ist die Adresse Ihres Sozialrathauses und wer ist Ihr Ansprechpartner?

---

Behindertenausweis Nr. : \_\_\_\_\_

Prozent von Behinderung und Eintragungen G H etc. \_\_\_\_\_

## Persönlichkeit des Kindes

Welche Interessen hat Ihr Kind?

---



---

Was macht es am liebsten in der Wohnung?

---



---

Was macht es am liebsten draußen?

---



---

## Sozialverhalten

Eigenschaft	sehr	mittel	wenig	Gar nicht	Bemerkung
Kontaktfreudig					
Aggressiv					
Auto-aggressiv					
Antriebsarm					
Lebhaft					
Läuft weg/ Fluchtgefahr					
Spielt auch alleine					
Spielt auch mit anderen					

Bemerkung \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich/wir, dass meine/unsere Angaben gewissenhaft und vollständig ausgefüllt wurden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_