

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 _____