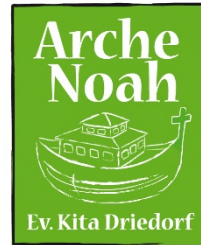


Ev. Kindertagesstätte „Arche Noah“

Stadionstr.10

35759 Driedorf



Liebe Eltern ,

gerne würden wir Ihr Kind von Anfang an gut kennenlernen. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns. So können wir auf Ihr Kind, seine Bedürfnisse, Förderung und Entwicklung in unserer pädagogischen Arbeit schon von Beginn an gezielt eingehen.

Alle diese Informationen sind für den optimalen Umgang mit Ihrem Kind, sowie der gezielten Betreuung, Erziehung und Bildung hilfreich.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung

Das Team der Ev. Kindertagesstätte „Arche Noah“

Ihre Angaben sind **freiwillig**, unterliegen dem Datenschutz , sowie unserer Schweigepflicht.

Name des Kindes: _____ Familienname : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort : _____

Anschrift : _____

Geschwister :

Name:	Alter:	Geschlecht:	Leben im gleichen Haushalt:

Allgemeine Informationen :

Hat Ihr Kind schon eine Beziehung zu Kindern/ Mitarbeitern aus der Einrichtung?	Wenn ja, welche?
Gab es einen besonderen Grund, warum Sie für Ihr Kind unsere Einrichtung gewählt haben?	Wenn ja, welchen?
Gibt es besondere Erwartungen, die Sie an unsere Tageseinrichtung haben?	Wenn ja, welche?

Informationen zum Tagesablauf

Gibt es Rituale beim Aufstehen – Anziehen?	Wenn ja, welche?
Gibt es Rituale beim Essen?	Wenn ja, welche?
Die Ernährung ihres Kindes <ul style="list-style-type: none">• Nahrungsmittelunverträglichkeiten• Trink- und Essmenge• Lieblingsspeisen	Welche Informationen benötigen wir von Ihnen?
Ihre Erfahrungen und Vorgehensweise beim Wickeln? <ul style="list-style-type: none">• Unverträglichkeiten• Hautsensibilität• Rituale• Besonderheiten	
Erfahrungen beim Zähneputzen <ul style="list-style-type: none">• Rituale• Besonderheiten	

Ist Ihr Kind tagsüber trocken?	Wenn ja, seit wann?
Ist Ihr Kind nachts trocken?	Wenn ja, seit wann?
Ihre Erfahrungen und Vorgehensweisen beim Schlafengehen <ul style="list-style-type: none"> • Schlafgewohnheiten • Rituale • Worauf legen sie besonderen Wert? 	

Kindliches Verhalten

Bevorzugte Spielbereiche Ihres Kindes? Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?	
.....im Garten und Draußen?	
Hat Ihr Kind bevorzugte Spielmaterialien/ Lieblingsspielzeug?	
Besonderheiten und Vorlieben Was mag ihr Kind?	
Was kann Ihr Kind besonders gut?	

Erfahrungen mit Bezugspersonen

Oma / Opa? Gibt es Vorlieben, Rituale, Besonderheiten mit diesen Personen?	Wenn ja, welche?
Nachbarn/ Freunde?	Wenn ja, welche?

Babysitter/ Au – Pair?	
Erfahrungen mit anderen Kindern	Wenn ja, welche?
Erfahrungen mit Gruppen	Wenn ja, welche?

Ärztliche Vorsorge

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen?	Wenn ja, welche?
Gab es im Verlauf der Schwangerschaft Komplikationen?	Wenn ja, welche?
Wurden die Vorsorgeuntersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt?	
Sind Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten festgestellt worden?	Wenn ja, welche?
Hat das Kind einen Hörtest beim Arzt absolviert?	Mit welchem Ergebnis?
Hat das Kind einen Sehtest beim Arzt absolviert?	Mit welchem Ergebnis?
Leidet Ihr Kind an Allergien?	Wenn ja, welche?
Gibt es Allergien, die in unserer Einrichtung besonders beachtet werden sollten?	

Nimmt Ihr Kind Medikamente?	Wenn ja, welche?
Gibt es Notfallmedikamente, die in der Einrichtung deponiert werden müssen?	Wenn ja , welche?
Welche Erkrankungen hat ihr Kind schon durchlebt?	Welche?
Neigt Ihr Kind zu <ul style="list-style-type: none"> • Schnupfen • Fieber • Durchfall • Husten 	Wenn ja, welche?
Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen?	Wenn ja , welche?
Gab es schon einen längeren Krankenhaus-Aufenthalt ihres Kindes?	Wenn ja, warum?
Hat Ihr Kind schon eine Therapie besucht? <ul style="list-style-type: none"> • Logopädie • Ergotherapie • Motopädie • Physiotherapie 	Wenn ja, welche ?
Gibt es zu diesen Therapien Berichte?	
Krankenkasse:	Kinderarzt:

Gibt es noch zusätzliche Informationen, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

Bitte nutzen Sie auch gerne die Rückseite.

Gerne können wir im ersten Elterngespräch auf diese Inhalte eingehen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!!!!