



## Personalienblatt

<b>Name:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Vorname:</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Strasse:</b>	<b>Konfession:</b>
<b>Wohnort:</b>	<b>Familiensprache:</b>
<b>Heimatort / Nation:</b>	<b>Deutschkenntnisse:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gute
<b>Telefon:</b>	<b>Mobiltelefon:</b>
<b>Eintritt Kindergarten:</b>	<b>Eintritt Schule:</b>
<b>Besuchte Schulen:</b>	
<b>Geschwister:</b> <b>Name und Jahrgang:</b> _____ _____	

### Mutter:

### Vater:

<b>Name:</b>	<b>Name:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Beruf:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Berufstätig?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> stundenweise	<b>Berufstätig?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> stundenweise
<b>Tel. Nr. während der Arbeitszeit:</b>	<b>Tel. Nr. während der Arbeitszeit:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Sorgerecht bei getrennt lebenden Eltern:</b>	

### Tagesmutter

<b>Ist Ihr Kind an einem Pflegeplatz:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Name:</b>	<b>Betreuungszeit:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Telefon:</b>