

Wichtige personenbezogene Informationen für die PFH-Ganztagsbetreuung			
Name d. Kindes:	Name eingeben	Vorname d. Kindes:	Vorname eingeben
Klasse:	Name eingeben	Klassenlehrer*in:	Name eingeben
Geburtsdatum:	Datum	Konfession:	Name eingeben
Mein/ unser Kind wird in der Regel abgeholt von:		<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Abholberechtigte/r <i>(s. Rückseite)</i>	
Anschrift d. Kindes:		<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Sonstige <i>(s. unten)</i>	
1. Notfallnummer:	Nummer eingeben	1. Name:	Name eingeben
2. Notfallnummer:	Nummer eingeben	2. Name:	Name eingeben
Name Elternteil 1:	Name eingeben	Vorname Elternteil 1:	Vorname eingeben
Anschrift :		Straße/ Nummer/ PLZ eingeben	
Tel.- pr.:		Nummer eingeben	
Mobil:		Nummer eingeben	
Mail:		Mail eingeben	
Beruf/Tätigkeit /Firma:		Beruf/Tätigkeit /Firma eingeben	
Tel.- dstl:		Nummer eingeben	
Name Elternteil 2:	Name eingeben	Vorname Elternteil 2:	Vorname eingeben
Anschrift :		Straße/ Nummer/ PLZ eingeben	
Tel.- pr.:		Nummer eingeben	
Mobil:		Nummer eingeben	
Mail:		Mail eingeben	
Beruf/Tätigkeit /Firma:		Beruf/Tätigkeit /Firma eingeben	
Tel.- dstl:		Nummer eingeben	
Vorherige Kita/Schule:	Kita/Schule eingeben		
Anschrift:		Straße/ Nummer/ PLZ eingeben	
Ansprechpartner*in:		Name eingeben	
Tel.:		Nummer eingeben	
Mail:		Mail eingeben	
Wichtige Informationen der zuvor besuchten Kita/Schule	Wichtige Informationen eingeben		

1. Abholberechtigte/r :	Name eingeben	Vorname:	Vorname eingeben
Bezug zum Kind	Großeltern, Verwandte, Freunde eingeben		
Anschrift :	Straße/ Nummer/ PLZ eingeben		
Tel.- pr.:	Nummer eingeben		
Mobil:	Nummer eingeben		
2. Abholberechtigte/r:	Name eingeben	Vorname:	Vorname eingeben
Bezug zum Kind	Großeltern, Verwandte, Freunde eingeben		
Anschrift:	Straße/ Nummer/ PLZ eingeben		
Tel.- pr.:	Nummer eingeben		
Mobil:	Nummer eingeben		
3. Abholberechtigte/r:	Name eingeben	Vorname:	Vorname eingeben
Bezug zum Kind	Großeltern, Verwandte, Freunde eingeben		
Anschrift :	Straße/ Nummer/ PLZ eingeben		
Tel.- pr.:	Nummer eingeben		
Mobil:	Nummer eingeben		
1. Geschwisterkind:	Name eingeben	Geb.:	Datum
2. Geschwisterkind:	Name eingeben	Geb.:	Datum
3. Geschwisterkind:	Name eingeben	Geb.:	Datum
Krankenversicherung:	Name eingeben		
Behandelnde/r Mediziner*in:	Name eingeben		
Anschrift:	Straße/ Nummer/ PLZ eingeben		
Tel.:	Nummer eingeben		
<p>Bekannte Allergien, Krankheiten und sonstige wichtige Hinweise bitte hier eintragen und wenn notwendig die Kopie einer ärztlichen Bekundung bei der Ganztagsleitung hinterlegen:</p> <p>Bekannte Allergien, Krankheiten und sonstige wichtige Hinweise eingeben</p>			
<p>Berlin, den Datum</p>			