

DAS BIN ICH



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Muttersprache: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Name und Geburtsdatum der Geschwister: _____

Ist Ihr Kind rein?

am Tag

in der Nacht

Windel zum Schlafen

Sind bei dem Kind chronische Krankheiten, Allergien oder sonstige Beeinträchtigungen bekannt?

Benötigt es Medikamente oder eine besondere Behandlung?

Ist Ihr Kind in regelmäßiger Betreuung? (Therapie, Hausarzt, ...) War das Kind schon einmal im Krankenhaus?

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind bisher gehabt? (Krampfanfälle, Fieberkrämpfe, ...)

Welche Sprache wird in der Familie gesprochen?

Mit welchen Familienmitgliedern lebt das Kind zusammen? Mit wem hat das Kind den meisten Kontakt?

Gibt es weitere Bezugspersonen? (Tagesmutter, ...)

Hat das Kind Kontakt zu gleichaltrigen Kindern?

Was spielt das Kind gerne mit anderen Kindern?

Was spielt es gerne alleine?

Was spielt es gerne mit Ihnen?

Gibt es sonstige Themen, an denen das Kind besonders interessiert ist?

Ist das Kind in manchen Situationen schreckhaft und ängstlich? (laute Geräusche, ...)

Wie ist das Essverhalten des Kindes? (Selbständigkeit, Vorlieben, Abneigungen, Rituale, Frühstück, Jause zu Hause, ...)

Gibt es Speisen, die Ihr Kind aus medizinischen oder religiösen Gründen nicht essen darf oder kann?

Wie ist das Schlafverhalten des Kindes? (Einschlafrituale, Schlafrhythmus, ...)

Hat es in Ihrer Familie in letzter Zeit Ereignisse gegeben, von denen wir wissen sollten, um Ihr Kind besser verstehen zu können? (Trennung, beginnende Berufstätigkeit der Eltern, Geschwister, Todesfall, ...)

Bitte geben Sie uns bitte auch in Zukunft Bescheid, wenn derartige Veränderungen im Leben Ihres Kindes eintreten.

Welche Erwartungen haben Sie an den Kindergarten?

Was sollten wir sonst noch über Ihr Kind wissen? 😊
