



## Bedarfserhebung für die Krabbelstube Rüstorf/Desselbrunn

Vor- und Zuname des Kindes: _____
Soz. Vers. Nr. _____ geboren am: _____ in _____
Adresse: _____
Religionsbekenntnis: _____ Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache: _____
Geschwister/Geburtsjahr: _____

Eltern:	Vater	Mutter
Vor- und Zuname:	_____	_____
geboren am:	_____	_____
Familienstand:	_____	_____
Religionsbekenntnis:	_____	_____
Staatsbürgerschaft:	_____	_____
Wohnadresse:	_____	_____
Erziehungsberechtigte/r:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon/Handy:	_____	_____
E-Mail-Adresse:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Beschäftigt bei:	_____	_____
	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>
Telefon am Arbeitsplatz:	_____	_____

Wer kann in dringenden Fällen telefonisch in die Krabbelstube gerufen werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Von wem wird das Kind gebracht? \_\_\_\_\_

Von wem wird das Kind abgeholt? \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorgelegt wurden: Taufschein  Geburtsurkunde  Ärztliches Attest

weitere \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hatte das Kind? \_\_\_\_\_

Worauf muss in der Krabbelstube geachtet werden? (z.B. Allergien, Herzfehler, Diabetes, etc.) \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Tel.-Nr. des Hausarztes: \_\_\_\_\_

An welchen Wochentagen wird das Kind die Krabbelstube besuchen?

MO  DI  MI  DO  FR

Voraussichtliche tägliche Besuchszeit:

Öffnungszeiten und Mittagsbetrieb: abhängig vom Bedarf

MO: von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

DI: von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

MI: von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

DO: von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

FR: von \_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_ Uhr

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern oder  
des gesetzl. Erziehungsberechtigten