

Evidenzblatt

Name des Kindes: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Geboren am: _____ Religion: _____

Adresse: _____ Muttersprache: _____

E – Mail Adresse: _____

Krankenkasse/ Vers.Nr.: _____

Letzte Tetanusimpfung am: _____

Letzte Zeckenimpfung am: _____

Krankheiten oder Allergien: _____

Geschwister/ Jahrgang: _____

Mein Kind wird in der Schule als Integrationskind geführt: ja nein

Alleinerzieher: ja: nein:

Name der Mutter: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Tel: _____

berufstätig: ja: nein:

vollbeschäftigt: teilzeit: geringfügig: Ausbildung/Kurse:

Berufs- und Betriebsadresse: _____

Name des Vaters: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Tel: _____

berufstätig: ja: nein:

vollbeschäftigt: teilzeit: geringfügig: Ausbildung/Kurse:

Berufs- und Betriebsadresse: _____

Andere Notfallsnummern:

1. _____ Tel: _____

2. _____ Tel: _____