



Daten des Kindes:	
Vor- und Nachname:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtstag:	
Staatsbürgerschaft:	
Muttersprache:	
Religion:	
Geschwister: Name+Geburtsjahr	
Name des Kindergartens + Besuchsjahre:	
Kind wohnt bei:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> anderen
Sonstiges:	
Allergien, Medikamente, Krankheiten, Unverträglich-keiten, Operationen, Unfälle:	
Erbschäden, körperliche Beeinträchtigungen:	
Neigungen, Vorlieben, Ängste:	
Händigkeit:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Sehkraft:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> kurzsichtig <input type="checkbox"/> weitsichtig
Gehör:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> beeinträchtigt
Hausarzt:	
Krankenkasse:	



Daten der Erziehungsberechtigten und Kontaktpersonen:

Vater:

Mutter:

Vor- und Nachname:		
Wohnadresse:		
Telefon privat:		
Tel. beruflich:		
E-Mail:		
Beruf:		
Kind ist mitversichert bei ... (Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer)		
Schulweg:	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> Linienbus <input type="checkbox"/> Schimautz	
Nachmittagsbetreuung erwünscht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erziehungsberechtigt:	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
	<input type="checkbox"/> andere: _____	

Datenverarbeitung via „SchoolFox“:

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Verwendung des digitalen Kommunikationstools „SchoolFox“ einverstanden bin. Die Kommunikation wichtiger Klasseninformationen wird zukünftig über die SchoolFox-App stattfinden. Wir werden den Empfang der digitalen Mitteilungen über die App bestätigen.

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten