

# Fragebogen

## ① Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich   
PLZ/Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

## ② Angaben zu den Sorgeberechtigten:

### Verhältnis zum Kind:

Mutter  Vater  Eltern  Pflegeeltern  Vormund  alleinerziehend

### Familienstand:

ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend

## ③ Personensorgeberechtigter 1:

Herkunftsland: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ/Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: dienstlich: \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_  
E-Mail (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

## Personensorgeberechtigter 2:

Herkunftsland: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ/Hauptwohnsitz: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: dienstlich: \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_  
E-Mail: (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

④ Geschwisterkinder: Zahl:  Geburtsjahre: \_\_\_\_\_

## ⑤ Bitte kreuzen Sie die gewünschte Betreuungsvariante an:

Variante 1:  06:00 Uhr bis 07:15 Uhr und 12:15 Uhr bis 17:00 Uhr  
Variante 2:  06:30 Uhr bis 07:15 Uhr und 12:15 Uhr bis 17:30 Uhr  
Variante 3:  12:15 Uhr bis 17:30 Uhr



**!!!Sie sind verpflichtet, Änderungen unverzüglich der Hortleitung mitzuteilen!!!**

**⑥ Folgende Angaben benötigen wir, um Ihr Kind optimal betreuen zu können:**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ bei wem versichert: \_\_\_\_\_

**Wer ist im Notfall zu verständigen?**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Mit einer ärztlichen Notversorgung bin ich einverstanden:**  ja  nein

**Mein Kind hat gesundheitliche Beeinträchtigungen / Allergien:**  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Muss Ihr Kind während der Hortzeit selbständig Medikamente einnehmen? (ärztliches Attest ist beigelegt)**  ja  nein

**Mein Kind nimmt/nahm an folgenden Fördermaßnahmen teil:**

Ergotherapie:  Zeitraum: \_\_\_\_\_ von/bis; Monat/Jahr

Logopädie:  Zeitraum: \_\_\_\_\_ von/bis; Monat/Jahr

andere Fördermaßnahme:  welche: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_  
von/bis; Monat/Jahr

**Mein Kind geht allein nach Hause:**  ja, um \_\_\_\_\_ Uhr

nein

**⑦ Vollmacht zur Abholung erhalten folgende Personen:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**⑧ Ich bin einverstanden, dass im Rahmen der Hortarbeit**

a) Fotos von meinem Kind gemacht werden:  ja  nein

b) dass diese Fotos ohne Angabe des Namens auf unserer Homepage veröffentlicht werden:  ja  nein

c) Videoaufnahmen von meinem Kind gemacht werden. Diese erscheinen nicht im Internet.  ja  nein

d) Fotos von meinem Kind in der Presse veröffentlicht werden:  ja  nein

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_