

## Anmeldebogen

### für das Mütterzentrum Schöningen

#### 1. Persönliche Daten des Kindes:

männlich       weiblich

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
PLZ/Wohnort:	Straße/Hausnummer:	Ortsteil:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:	Sprache:

#### 2. Betreuungswünsche:

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_

#### 3. Persönliche Daten der Eltern / Sorgeberechtigten:

(bei eheähnlicher Gemeinschaft auch der / des Lebenspartners/in)

Familienname der Mutter/Lebenspartnerin:		Vorname der Mutter/Lebenspartnerin:	
PLZ/Wohnort:	Straße/Hausnummer:	Ortsteil:	
Staatsangehörigkeit	Konfession:	Sprache:	
Telefon:	Mobilfunk:	E-Mail:	
Beruf:	Berufstätigkeit:	Arbeitgeber:	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Familiennamen des Vaters/Lebenspartners:		Vorname des Vaters/Lebenspartners:	
PLZ/Wohnort:	Straße/Hausnummer:	Ortsteil:	
Staatsangehörigkeit	Konfession:	Sprache:	
Telefon:	Mobilfunk:	E-Mail:	
Beruf:	Berufstätigkeit:	Arbeitgeber:	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**Familienstand:**

- verheiratet     getrennt lebend     eheähnliche Lebensgemeinschaft  
 allein erziehend  
 ledig     geschieden     verwitwet

**4. Geschwisterkinder:**

Vorname	geb. am	besucht:		
		Schule	Kita	Hort

**5. Überstandene Krankheiten**

- Masern     Diphtherie     Röteln  
 Keuchhusten     Polio     Windpocken  
 Scharlach     Mumps  
 Allergie/n gegen : \_\_\_\_\_  
 Sonstige Krankheiten: \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung : \_\_\_\_\_

Hausarzt des Kindes : \_\_\_\_\_

Krankenkasse des Kindes: \_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit in Notfällen**

Name/n: \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_ beruflich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

*Die Anmeldung bitte bei nachfolgender Adresse einreichen:*

**DRK Mütterzentrum Schöningen  
Heinrich-Jasper-Straße 6  
38364 Schöningen  
Tel.: 05352 / 9067351**