

Personalblatt

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Adresse		Wohnort	
Telefon privat		Notfallnummer	
Nationalität		Konfession	
Heimatort / Land		Kinderarzt	
AHV-Nummer			
Geschwister (Name / Jahrgang)			

Erstsprache Kind (erste gesprochene Sprache)		Muttersprache <input type="checkbox"/>	Vatersprache <input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind Deutsch (für Fremdsprachige)	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gut

Ausserfamiliäre Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, an welchen Tagen?	Mo	Di	Mi	Do	Fr

Kontaktperson bei Unerreichbarkeit der Eltern		Telefonnummer	
---	--	---------------	--

Allergien	<input type="checkbox"/> Lebensmittel	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
	<input type="checkbox"/> Bienen / Wespen	<input type="checkbox"/> Sonnenallergie
	<input type="checkbox"/> weitere Allergien	

Therapien	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Psychomotorik
	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> andere

