



**Lebenshilfe**  
Erlangen e.V.

## Heilpädagogischer Kindergarten

Georg-Zahn-Schule und -Tagesstätte  
der Lebenshilfe Erlangen e.V.

Schenkstraße 113

91052 Erlangen

Tel: 09131 / 5352-0

Fax: 09131 / 5352-60

### Anmeldeblatt zur Aufnahme

Anmeldung für		<input type="checkbox"/> HPK	<input type="checkbox"/> HPT	gewünschtes Aufnahmedatum:	
Familienname und sämtliche Vornamen des Kindes Rufname unterstreichen				Geburtstag:	Bekenntnis:
Geburtsort, Landkreis, Land, Staat					Staatsangehörigkeit:
Wohnung des Kindes Name u. Anschrift, Telefon ( falls abweichend von Eltern )		Telefon:**)		E-M@il:	
Name der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten Anschrift u. Telefon (falls abweichend)	Vater			Beruf:	geboren am:
	Mutter Geb.N.				in:
Arbeitsstätte mit Telefonangabe und Arbeitszeit	Vater			Beruf:	geboren am:
	Mutter				in:
Krankenkasse	des Kindes			Versichert bei:	
Andere Erziehungsberechtigte				Pfleger / Adoptiveltern *)	
Zahl der Geschwister; Vorname/Geburtsdatum:		○ _____			
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß von unserem / meinem Kind Fotos oder Videoaufnahmen für pädagogische oder öffentlichkeitswirksame Zwecke durch die Lebenshilfe Erlangen e.V. gemacht und eventuell veröffentlicht werden: Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß die Mitarbeiter /-innen des Integrativen Kindergartens Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen unseres / meines Kindes nehmen können: Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, daß die Mitarbeiter /-innen des Integrativen Kindergartens pädagogischen, psychologischen und medizinischen Fragestellungen unseres / meines Kindes an Dritte geben können und somit von der Schweigepflicht entbunden werden. Ja / Nein *)					
Wir / Ich sind / bin damit einverstanden, in eine gemeinsame Adressenliste aufgenommen zu werden. Ja / Nein *)					

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Teilnahme am Mittagessen; Besonderheiten	ja / nein *)
Angaben über besondere körperliche, geistige oder charakterliche Eigenarten des Kindes	
Worauf muß während der Betreuungszeit besonders geachtet werden?  (z.B. Herzfehler, Anfallsleiden, chronische Erkrankungen, Hitzeempfindlichkeit, Allergien, Zahnregulierung, Hör- / Sehhilfen, Inkontinenz, Medikamente und Einnahmezeiten, Hilfsmittel- versorgung?)	
Name, Adresse und Telefon des behandelnden Arztes	Kinderarzt / Hausarzt *)
Besitzt Ihr Kind einen:	<input type="checkbox"/> Behindertenausweis mit den Merkzeichen: <b>G aG B BI H 1.KI</b> *) <input type="checkbox"/> Herzpass <input type="checkbox"/> Allergieausweis <input type="checkbox"/> Notfallausweis
Werden staatliche Leistungen (PLVG, Hartz IV o.ä.) in Anspruch genommen? (Art, Pfl.Stufe)	
Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?	
Betreuung bisher (Therapien, Kindergarten, Schule, HPT Frühförderung)	
Wundstarrkrampf-(Tetanus) Schutzimpfung	ja / nein *) am _____ Impfschutz bis _____
Hepatitis B-Schutzimpfung	ja / nein *) am _____ Impfschutz bis _____
Andere Schutzimpfungen	
Krankenhausaufenthalte, Operationen	

Antrag beim Bezirk auf Gewährung von Eingliederungshilfe für heilpädagogische Maßnahmen gestellt?	Ja / Nein *)
Falls Ja: Bezirk: .....	Am: ..... Datum
Antrag beim Jugendamt auf Gewährung von Hilfe zur Erziehung (§ 32 KJHG) gestellt?	Ja / Nein *)
Falls Ja: Sozialamt: .....	Am: ..... Ort Datum

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen

\*\*) Ihre Telefonnummer wird zur Organisation des Fahrdienstes weitergegeben