



Vormerkkarte für den Schulkindergarten

Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Erziehungsberechtigte

Mutter	
Name, Vorname	
Handynummer	
E-Mail	

Vater	
Name, Vorname	
Handynummer	
E-Mail	

Geschwister (Anzahl & Alter)	
-------------------------------------	--

Aufnahme gewünscht für...

☐ September 2027 ☐ September 2028 ☐ September 2029

Behinderungsbild und Grunderkrankung(en):

Allgemeine **Allergien und Unverträglichkeiten** (Lebensmittel, ...) :

Das mache ich gerne _____

Das mag ich überhaupt nicht _____

Wegen meiner Behinderung, brauche ich Unterstützung...

Beim **Essen und Trinken** kannst du mir so helfen: _____

Das esse und trinke ich besonders gerne: _____

Das schmeckt mir überhaupt nicht:

So läuft die **Pflege** bei mir ab

☐ Ich trage eine Windel

☐ Ich gehe auf die Toilette

Diese Hilfe brauche ich dabei: _____

So klappt die **Kommunikation** mit mir

Ich kann mich verbal mitteilen: ☐ Ja ☐ Nein

So mache ich deutlich was ich möchte oder auch nicht: _____

Diese **Hilfsmittel** habe ich:

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ Keine | ☐ Rollstuhl | ☐ Rehabuggy |
| ☐ Orthesen | ☐ Talker | ☐ Kindersitz im Auto |

☐ Sonstige: _____

Diese **Therapie/n** mache ich im Moment:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| ☐ Logopädie | ☐ Ergotherapie | ☐ Physiotherapie |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|

Ich möchte meine **Therapie/n** im **Kindergarten** bekommen (Praxis Lamprecht):

(Hinweis: dies ist keine Platzgarantie für eine Therapiemöglichkeit im Kindergarten)

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r