

Datenblatt

Name des Kindes: _____

geb. am: _____ **in** _____

Eltern: _____

Straße _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Handy-Nr.: _____

Geschwister: Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Kinderarzt (Name/Anschrift): _____

_____ Tel.: _____

Letzte augenärztliche Untersuchung am _____ bei _____

Letzte Hörüberprüfung am _____ bei _____

Weitere Überprüfungen am _____ bei _____

Welche Therapien erhält Ihr Kind?

- Ergotherapie bei _____ seit _____
- Logopädie bei _____ seit _____
- Krankengymnastik bei _____ seit _____
- Sonstige _____ bei _____ seit _____

Ort/Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten