



KiTa Schwabsburger Schlosskinder
Neubergstraße 2
55283 Nierstein
Tel: 0 61 33/58 221
kita-schwabsburg@stadt-nierstein.de

Nur bei Krippenanmeldung

Liebe Eltern,

Ihr Kind hat in unserer Einrichtung der „Schwabsburger Schlosskinder „ einen Krippenplatz bekommen. Da Ihr Kind in den nächsten Jahren einen großen Teil des Tages in unsere Krippe verbringen wird, ist es für uns wichtig einige Daten zu Gewohnheiten und Vorlieben von Ihnen und Ihrem Kind zu erfragen.

Name des Kindes: _____

Adresse: _____

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____

Dienstlich Mutter: _____ Dienstlich Vater: _____

Handy Mutter: _____ Handy Vater: _____

Beschreiben Sie Ihre Lebenssituation:

Hatten Sie im Verlauf der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen:

Ja, welche Art von Komplikationen:

Nein

Gibt es innerhalb der Familie besondere Belastungen:

Wird Ihr Kind zweisprachig erzogen? Nein Wenn ja, welche Sprache?

Welche Ernährung hatte Ihr Kind bisher? _____

Isst Ihr Kind alleine? mit Hilfe? wird gefüttert?

Trinkt Ihr Kind aus der Flasche? aus der Tasse? mit Hilfe? alleine?



Was isst oder trinkt Ihr Kind besonders gerne? _____

Hat Ihr Kind eine Nahrungsmittel-Unverträglichkeit

Was isst oder trinkt Ihr Kind gar nicht? _____

Was frühstückt Ihr Kind zu Hause? _____

Isst Ihr Kind gemeinsam mit Ihnen? _____

auf dem Schoß? in einem Hochstuhl? am Tisch?

Wie äußert sich Ihr Kind, wenn es Hunger hat? _____

Zu welcher Zeit schläft Ihr Kind am Tag?

Wie schläft Ihr Kind ein?

Alleine? Gemeinsam mit einer Bezugsperson In seinem Bett In Ihrem Bett



Ist das Zimmer abgedunkelt? Ja Nein

Welche Lage bevorzugt Ihr Kind beim Einschlafen? _____

Was benötigt Ihr Kind zum Einschlafen? _____

Ist es sehr ruhig, wenn Ihr Kind schläft? Ja Nein

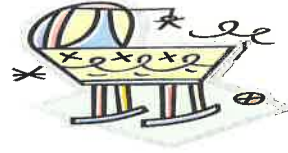
Wehrt es sich gegen den nötigen Schlaf? Ja Nein

Mit was spielt Ihr Kind am liebsten? _____

Spielt Ihr Kind vorwiegend: Alleine Mit Kindern Alter der Kinder _____

Mit Erwachsenen

Welche engen Bezugspersonen hat Ihr Kind außer Ihnen? _____



Ist Ihr Kind im allgemeinen ängstlich?

Ja

Nein

Fürchtet es sich vor:

Tieren

**Fremden Erwachsenen
Lauten Geräuschen
Dunkelheit
Gewitter
Transportmittel**

Andere : _____

Welche Aktivitäten nimmt Ihr Kind neben der Krippe wahr?

Traten bei Ihrem Kind bisher Kinderkrankheiten auf? Sind bei dem Kind chronische Erkrankungen, Fieberkrämpfe, Symptome einer allergischen Reaktion, Allergien bekannt?



Ist die Haut Ihres Kindes sehr empfindlich?

Ja

Nein

Ist Ihr Kind oft wund?

Ja

Nein

Ist Ihr Kind besonders anfällig für:

**Erkältungen
Ohrenschmerzen
Verdauungsstörungen
Blähungen/ Koliken**

Andere: _____

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? _____

Wir bedanken uns für die Beantwortung der Fragen und wünschen Ihnen und Ihrem Kind einen guten Start in unserer Krippe

