

KIND		O AO
Familienname:	Vorname:	Sprachstand
Geboren am:	Geschlecht: M___/ W___	A M U
Geboren in:	Staat:	VSST
Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:	Ja Nein
Religionsbekenntnis:	Mein Kind soll teilnehmen am: Ja___ / Nein___ Rel-Unt.:	Arbeitsbest.
Versicherungsnummer:	Versicherungsanstalt:	V_____
Mitversichert bei:	Versicherungsnummer:	M_____

<u>Kindergarten</u>	<u>Wo?:</u>	Spätdienst
	<u>Wie lange?:</u>	Ja Nein

ELTERN		Termin MIKA-D
<u>Vater:</u>	<u>Mutter:</u>	
Name:	Name:	Befunde Ja Nein
Geboren am:	Geboren am:	
Adresse:	Adresse:	
Tel.:	Tel.:	
Versicherungsnr.:	Versicherungsnr.:	
Beruf:	Beruf:	
Arbeitgeber:	Arbeitgeber:	
Erziehungsberechtigt:		
Das Kind wohnt bei:		
Geschwister Name/Geb.Dat		