STADT MÜNSTER
Amt für Kinder, Jugendliche und Familien

ASB
Arbeiter-Samariter-Bund
Regionalverband Münsterland e.V.

Aufnahmebogen

Liebe Eltern,

dieser Aufnahmebogen hilft uns, Ihrem Kind die bestmögliche Ersatzbetreuung in unserem Vertretungsstützpunkt zu ermöglichen. Füllen Sie den Bogen vollständig aus und senden ihn zeitnah per E-Mail an **sonnenwichtel@asb-muenster.de** zurück.

Herzlichen Dank!

Ihr Team des Vertretungsstützpunkts

1. Informationen zum Kind

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Namen der Erziehungsberechtigten:

Adresse:

E-Mail-Adressen:

Tel.-Nr.:

Name der regulären Kindertagespflegeperson:

Reguläre Betreuungszeiten:

Wurde Ihr Kind bereits im Vertretungsstützpunkt betreut? ☐ Ja ☐ Nein

Soll die Zuordnung möglichst zur gleichen Vertretungsperson erfolgen? ☐ Ja ☐ Nein

2. Gesundheitszustand des Kindes

Bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Kindes kann es zu individuellen Rückfragen kommen. Die Rücksprache kann entscheidend sein, ob eine Ersatzbetreuung stattfinden kann.

Hat Ihr Kind Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind körperliche Beeinträchtigungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig verordnete Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hinweis: Sollte eine Verabreichung von Medikamenten während der Ersatzbetreuung nötig sein, muss mit Aufnahme der Betreuung eine ärztliche Bescheinigung zur Medikamentengabe vorliegen.

3. Essgewohnheiten des Kindes

Was isst Ihr Kind am liebsten?

Was darf / möchte Ihr Kind nicht essen?

Wie zeigt Ihr Kind, dass es Hunger hat?

Wie zeigt Ihr Kind, dass es Durst hat?

4. Sauberkeitserziehung des Kindes

Ihr Kind benutzt: ☐ Windel ☐ Töpfchen ☐ Toilette

Braucht es dabei Hilfe? ☐ Ja ☐ Nein

Sagt oder signalisiert Ihr Kind, wenn es zur Toilette muss? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Welche Rituale haben Sie und Ihr Kind beim Wickeln?

5. Schlafverhalten des Kindes

Schläft Ihr Kind während des Tages? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von bis Uhr

Welche Rituale helfen Ihrem Kind beim Einschlafen?

Nimmt Ihr Kind ein Kuscheltier oder eine andere Einschlafhilfe mit ins Bett? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was?

6. Emotionale Entwicklung des Kindes

Wie lässt sich Ihr Kind beruhigen, wenn es weint?

Welche Ängste hat Ihr Kind?

7. Spiel- und Sozialverhalten des Kindes

Ihr Kind spielt am liebsten: ☐ allein ☐ mit Kindern ☐ mit Erwachsenen

Womit spielt / beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

Zeigt Ihr Kind momentan Besonderheiten im Sozialverhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche ?

8. Sonstiges

Gibt es wichtige Aspekte für die Ersatzbetreuung (z. B. Religion, Kultur)?

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte

Datum, Unterschrift Vertretungsstützpunkt