

## Fragebogen

### Zur Aufnahme in die Kinderkrippe „KiKri“ der Deutschen Schule Santa Cruz

#### ANGABEN ZUM KIND

Vor- und Nachname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Bei wem lebt das Kind \_\_\_\_\_

War das Kind vorher in einer anderen Kinderkrippe? Ja  Nein

In welcher? Seit wann? \_\_\_\_\_

Hat das Kind Geschwister? Ja  Nein

In welchem Alter? \_\_\_\_\_

Schüler der Deutschen Schule? Ja  Nein

In welcher Klasse? \_\_\_\_\_

Erstsprache \_\_\_\_\_ Zweitsprache \_\_\_\_\_ Drittsprache \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

#### ANGABEN ZU DEN ELTERN / VATER

Vor- und Nachname des Vaters \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter des Kindes Ja  Nein

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_ Telefon beruflich \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Ehemaliger Schüler der Deutschen Schule Ja  Nein

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

In Deutschland lebend Ja  Nein

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

Kontakte zu Deutschland und der deutschen Sprache Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## ANGABEN ZU DEN ELTERN / MUTTER

Vor- und Nachname der Mutter \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte des Kindes Ja  Nein

Falls nicht, wer hat die Erziehungsberechtigung? \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_ Telefon beruflich \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Ehemalige Schülerin der Deutschen Schule Ja  Nein

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

In Deutschland lebend Ja  Nein

Von wann bis wann? \_\_\_\_\_

Kontakte zu Deutschland und der deutschen Sprache Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## SELBSTSTÄNDIGKEIT UND GESUNDHEITZUSTAND DES KINDES

Leidet das Kind an chronischen Erkrankungen? Ja  Nein

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Hat das Kind Allergien? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Geht das Kind alleine zur Toilette? Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn nein, hat die Abgewöhnungsphase begonnen? Seit wann? \_\_\_\_\_

Isst das Kind alleine? Ja  Nein

Schläft das Kind alleine? Ja  Nein

Braucht das Kind einen Mittagsschlaf? Ja  Nein

Wie oft schläft es am Tag? Wann? \_\_\_\_\_

Benutzt das Kind Schnuller? Ja  Nein

Benutzt das Kind die Flasche? Ja  Nein

Kann das Kind bereits laufen? Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Kann sich das Kind sprachlich verständigen? Ja  Nein

Erstsprache \_\_\_\_\_ Zweitsprache \_\_\_\_\_ Drittsprache \_\_\_\_\_

Wie verhält sich das Kind bei anderen Erwachsenen (Großeltern, Tanten, Nachbarn)?

\_\_\_\_\_

Wurde das Kind bisher hauptsächlich zu Hause betreut? Ja  Nein

Wenn nicht, wo hält sich das Kind auf? \_\_\_\_\_

Hat das Kind Angst vor etwas Bestimmten? Ja  Nein

Vor was? \_\_\_\_\_

Schaut das Kind Fernsehsendungen? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_

Spielt das Kind Computer- oder Handyspiele? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_

## ENTWICKLUNGSSTAND DES KINDES

### MOTORIK UND LAUFEN: KANN DAS KIND ...

... ein Bilderbuch alleine angucken? Ja  Nein

... einen gewünschten Gegenstand holen? Ja  Nein

... Dinge einräumen? Ja  Nein

... rückwärts gehen? Ja  Nein

... Eingepacktes auspacken z.B. Geschenke? Ja  Nein

... sich alleine ausziehen? Ja  Nein

... aus einer Tasse trinken? Ja  Nein

... beim Gehen Gegenstände tragen? Ja  Nein

... beim Laufen abrupt die Richtung wechseln? Ja  Nein

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| ... einen Turm aus vier Klötzen bauen?               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... einen Kinderwagen schieben?                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... beim Anziehen mithelfen?                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... zu Musik tanzen?                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... einen Ball treten ohne umzufallen?               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... sich bücken, wieder aufrichten ohne hinzufallen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Treppen steigen?                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... sich alleine die Hände waschen und abtrocknen?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Treppen hinunter gehen?                          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Treppen steigen und sich am Geländer festhalten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... auf Stühle klettern?                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... im Laufen Hindernissen ausweichen?               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

**SPRECHEN UND VERSTEHEN: KANN DAS KIND ...**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ... mit Betonung sprechen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... etwa 200 Wörter verstehen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... zweiteiligen Anweisungen folgen z.B. „Nimm das Buch und leg es zurück in die Kiste!“? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... Zwei-Wort-Sätze bilden z.B. „Mama Arm!“   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... sich selbst beim Namen nennen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... sich selbst im Spiegel erkennen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... mehrere Körperteile benennen und erkennen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... leichte Melodien singen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... fragen nach dem „Warum“?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ... abstrakte Begriffe wie „später“ verstehen?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_

Auf welche Sprachen reagiert das Kind? \_\_\_\_\_

Wenn mehrere Sprachen zu Hause gesprochen werden:  
In welcher Form erfolgt die Sprachaufteilung? \_\_\_\_\_

Mit wem verbringt das Kind die meiste Zeit? \_\_\_\_\_

**SPIELEN: KANN DAS KIND ...**

- ... bekannte Tätigkeiten nachahmen? Ja  Nein
- ... im Spiel Alltägliches imitieren z.B. Puppe füttern? Ja  Nein
- ... das eigene Spielzeug verteidigen? Ja  Nein
- ... nach Aufforderung sein Spielzeug vorzeigen? Ja  Nein
- ... 10 - 15 Minuten alleine spielen? Ja  Nein
- ... einfache Rollenspiele spielen? Ja  Nein

Wie beschäftigt sich ihr Kind zu Hause? \_\_\_\_\_

Womit spielt es am liebsten? \_\_\_\_\_

Mit wem spielt es hauptsächlich? \_\_\_\_\_

Hat das Kind Kontakte zu anderen Kindern? \_\_\_\_\_

**Betreuungsform**

- Ganztagsbetreuung Ja  Nein
- Halbtagsbetreuung (07:45 - 14:00 Uhr) Ja  Nein
- Mahlzeit im Kindergarten Ja  Nein
- Transport (Schulbus) Ja  Nein

Aus welchem Grund wünschen Sie, dass Ihr Kind die Deutsche Kinderkrippe besucht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_