

# Fragebogen für Eltern (3-6 jähriger Kinder)

Liebe Eltern,

Auch für Eltern ist es manchmal schwer, neue Schritte zu gehen. Der neue Lebensabschnitt ist für Eltern und Kind von unterschiedlichsten Gefühlen gekennzeichnet wie Freude, Erwartung, aber auch Angst. Wir wollen versuchen, diesen Übergang so harmonisch wie möglich zu gestalten.

Wenn Ihr Kind in unsere Einrichtung kommt, wird sich auch Ihr Tagesablauf verändern und weitere Personen werden auf Ihr Kind Einfluss nehmen. Für eine gute Zusammenarbeit ist es uns wichtig, gegenseitiges Vertrauen zu haben und uns gegenseitig unsere Wünsche und Sorgen bezüglich des Kindes mitzuteilen. Wir möchten Sie bitten, sich Zeit für die folgenden Fragen zu nehmen damit der Übergang von der Familie in den Kindergarten gut gestaltet werden kann.

## Angaben zum Kind

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Geschwister, wenn ja, wie alt? \_\_\_\_\_

## Pflege

Ist das Kind trocken?  Ja  Nein

## Essen und Trinken

Was darf das Kind nicht essen / trinken?

---

Kann das Kind schon alleine mit Messer / Gabel / Löffel essen?

Ja  Nein

## Vorlieben

Freut sich das Kind auf den Kindergarten?  Ja  Nein

Gibt es bestimmte Rituale am Tag?  Ja  Nein

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

---

## Gesundheit

Wurde das Kind bei den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt?

Ja  Nein

Wenn ja, gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung?

---

Ist das Kind besonders anfällig für Krankheiten?  Ja  Nein

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

Hat das Kind bekannte Allergien?  Ja  Nein

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

Nimmt das Kind an Frühfördermaßnahmen teil?  Ja  Nein

Nimmt das Kind zu Hause regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

Welche Kinderkrankheiten hatte das Kind? \_\_\_\_\_

Kann sich das Kind sprachlich gut verständigen?  Ja  Nein

Besucht das Kind am Nachmittag Kurse oder Gruppen?

Ja  Nein

Welche? (Turnen / Musik )

## Verhalten

War das Kind schon einmal woanders, alleine ohne Mama oder Papa?

Ja  Nein

Hat das Kind besondere Ängste?  Ja  Nein

Kennt das Kind andere Kinder im Kindergarten? Wenn ja, wen?

Ja  Nein \_\_\_\_\_

War das Kind schon in einer anderen Einrichtung oder bei einer Tagesmutter?

Ja  Nein

Sieht das Kind Fernsehsendungen?  Ja  Nein

Wie lange täglich? \_\_\_\_\_

Kann sich das Kind alleine an- und ausziehen?  Ja  Nein

Kann das Kind mit einer Schere umgehen?  Ja  Nein

Ist das Kind gern kreativ tätig?  Ja  Nein

Macht das Kind regelmäßig Mittagsruhe?

Ja  Nein

Wenn ja, zu welcher Uhrzeit? \_\_\_\_\_

### **Lebensgewohnheiten**

Mit wem lebt das Kind gemeinsam?

Vater  Mutter  Geschwister  Großeltern

Gibt es eine veränderte Familiensituation? Wenn ja, wie und seit wann?

### **Sozialverhalten**

Spielt das Kind mit anderen Kindern?

Ja  Nein

Wenn ja, mit wem?

Geschwister  Freunde des Kindes  Gleichaltrige

Jüngere  Ältere

**Was ist Ihnen besonders wichtig zu erwähnen?**

---

---

Alle Informationen sind freiwillige Angaben und werden von uns vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!