

# Teilnahmebogen

## Angaben des/der Teilnehmer/in

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben\* (Diese Daten werden für statistische Zwecke erhoben.)

Familienstand

Alleinerziehend

in Partnerschaft lebend

Verheiratet

### Partner

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

## Berufstätigkeit

### der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Ja (bis Mutterschutz)

Nein

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### der Partnerin / des Partners

Ja

Nein

Beruf: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Schulbildung

### der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Schulabschluss bis 10.Klasse

Schulabschluss 10.Klasse

Abitur, Fachabitur, Hochschulreife

### der Partnerin / des Partners

Schulabschluss bis 10.Klasse

Schulabschluss 10.Klasse

Abitur, Fachabitur, Hochschulreife

Gefördert durch:



Aus Liebe zum Menschen.



Wie sind Sie auf das Netzwerk Gesunde Kinder aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben zum Kind

Vorname und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

Kind ist  Einling  Zwilling  Drilling

Geburtsort / Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Hebamme: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben für die Vermittlung der Familienpatin bzw. des Familienpaten

Wir arbeiten bei der Vermittlung Ihrer Familienpatin bzw. Ihres Familienpaten mit großer Sorgfalt, damit Sie zueinander passen. Daher benötigen wir noch weitere Angaben.

Frau  Mann  Egal, ob Frau oder Mann

Haben sie Haustiere?  Ja  Nein

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

Worauf soll bei der Auswahl Ihrer Familienpatin bzw. Ihres Familienpaten geachtet werden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter/in des Netzwerkes

\* freiwillige Angabe