Pfennigparade *Die Zukunft zählt auf uns.*	**Datenblatt / Anmeldeformular**	**Phoenix Schulen und Kitas GmbH** Inklusive Bildung und Konduktive Förderung Oberföhringer Str. 150, 81925 München Tel. 089-8393 6393 Fax 089-8393 6395 phoenix@pfennigparade.de www.phoenix-kf.de

Bitte fügen Sie ein Foto Ihres Kindes bei

Gewünschte Aufnahme in:

- ☐ Allgemeine Beratung
- ☐ Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Kleinkindalter (1 – 3 Jahre)
- ☐ Schulvorbereitende Einrichtung / Heilpädagogische Tagesstätte (3 – 6 Jahre)
- ☐ Kindergarten ☐ Hort
- ☐ Schule / Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Schulalter
- ☐ Konduktive Nachmittagsgruppe für Jugendliche
- ☐ Förderblock / Intensivtherapie für Kinder/Jugendliche
- ☐ Sommerförderwochen mit der Familie
- ☐ Förderblock/Intensivtherapie für Erwachsene

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:

- ☐ Andere Eltern
- ☐ Frühförderstelle, welche?
- ☐ Ausgelegtes Informationsmaterial, wo?
- ☐ Zeitungsanzeige, welche?
- ☐ Arzt/Ärztin, Therapeuten, welche?
- ☐ Andere Einrichtung, welche?
- ☐ Internet

Name und Vorname des Kindes: Geschlecht: ☐ weiblich / ☐ männlich	**lebt** ☐ bei den Eltern ☐ bei der Mutter ☐ beim Vater
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift:	
Telefonnummer: Fax:	E-Mail:

Name Elternteil 1:		Geburtsdatum:
Anschrift:		
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:
Familienstand:		Erziehungsberechtigt: ☐ ja ☐ nein
Beruf:		ganztags / halbtags
Arbeitgeber:		

Name Elternteil 2:		Geburtsdatum: geborene:
Anschrift:		
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:
Familienstand:		Erziehungsberechtigt: ☐ ja ☐ nein
Beruf:		ganztags / halbtags
Arbeitgeber:		

Geschwister:	Name:	Geburtsjahr:
evtl. **andere Erziehungsberechtigte** oder BetreuerInnen	Name / Anschrift / Telefonnummer:	

Informationen zum Kind		
Art des Förderbedarfs/der Behinderung:	Diagnose:	seit wann:
Hilfsmittel:	☐ Elektrorollstuhl ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Geh- / Stehapparat ☐ Gehstöcke ☐ Prothesen ☐ Kopfschreiber	☐ Atemgerät ☐ Pflege- / Stehbett ☐ Lifter ☐ WC- / Duschstuhl ☐ Stehbrett ☐ Kommunikator ☐ Esshilfe
	Sonstiges:	

Pflegebedarf							
Hilfen erforderlich bei:	**selten**	**häufig**	**ständig**		selten	häufig	ständig
Aufstehen und Zubettgehen	☐	☐	☐	Waschen/Duschen/Baden	☐	☐	☐
Umlagern	☐	☐	☐	Zähneputzen/Kämmen	☐	☐	☐
Gehen/Stehen/Treppensteigen	☐	☐	☐	Toilettenbenutzung	☐	☐	☐
Nahrungszubereitung	☐	☐	☐	An- und Auskleiden	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	Kommunikation	☐	☐	☐
Anlegen/Gebrauch von Hilfsmitteln	☐	☐	☐	Verabreichung von Medikamenten	☐	☐	☐
Hauswirtschaftlicher Versorgung	☐	☐	☐	Blasen-/Darmentleerung	☐	☐	☐

Krampfanfälle:	☐ ja ☐ nein	wann zuletzt:	
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät):			
Medikamente:			
Derzeit behandelnde ÄrztInnen, PsychologInnen, Beratungsstellen:	Name:	Fachgebiet (Therapieart):	Anschrift/Telefon:

Angaben bisheriger Therapiearten: Häufigkeit pro Woche:	Physiotherapie ___ pro Woche Ergotherapie ___ pro Woche Logopädie ___ pro Woche	Konduktive Förderung Wo:_____ Therapeutisches Reiten ___ pro Woche Therapeutisches Schwimmen ___ pro Woche
Sonstige Informationen:		

	von	bis	Name der Einrichtung	Aufenthaltsgrund
Klinikaufenthalte, bisherige Rehabilitationsmaßnahmen, etc.:				

Vorgelegte Unterlagen (in Kopie):	**Für Aufnahme unbedingt erforderlich** ☐ neuer Arztbericht mit Diagnose ☐ Kopie des Behindertenausweises (wenn vorhanden) ☐ Kopie des Impfbuches **wünschenswert** ☐ Berichte über bisherige Klinikaufenthalte ☐ Konduktiver Bericht von Förderblöcken oder Einrichtungen ☐ Physiotherapeutischer Bericht ☐ Ergotherapeutischer Bericht ☐ Logopädischer Bericht ☐ Schulische Diagnostik, Zeugnisse oder Psychologischer Bericht

Krankenkasse Privat / gesetzlich	Name	Anschrift
Zusatzversicherung?	Name	Versicherte/r
Zuständiges Gesundheitsamt	Anschrift	
Zuständiges Arbeitsamt (nur für Erwachsene)	Anschrift	
Gewünschte Aufnahme in die Phoenix oder Förderblockbeginn	Datum	☐ Taxibeförderung notwendig ☐ Beförderung im Rollstuhl
Momentaner Aufenthalt	Ort	seit?

Beantragter Schulbesuch für das Schuljahr 20 ..... /20	
☐ Schulvorbereitende Einrichtung ☐ Kindergarten	
☐ Grundschulstufe	Jahrgang
☐ Mittelschulstufe	Jahrgang

Derzeitige Einrichtung ☐ Frühförderung ☐ Kinderkrippe ☐ Kindergarten	**Name/Ansprechpartner**

☐ Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) ☐ Schule ☐ Heilpädagogische Tagesstätte ☐ Sonstige		
Jahrgangsstufe:		Schulpflichtjahr:

Bisheriger Verlauf	**Anschrift**	**von**	**bis**
Frühförderung			
Kindergarten / Vorschule			
Schule			

Zurückstellung vom Schulbesuch ☐ ja ☐ nein	wann?
Einschulungsdatum	Sprengelschule (Anschrift)
Förderschulzuweisung durch das Gesundheitsamt	☐ ja ☐ nein
Wiederholung der ..... Klasse(n)	
Bisherige Schulabschlüsse	
Berufliche Zielvorstellung	

Die Erhebung und die Nutzung der Kind- und familienbezogenen Daten erfolgen unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (§ 35 SGB I; §§ 62 – 65, 83 und 84 SGB VIII; §§ 67 – 78 SGB V).
Wir weisen darauf hin, dass ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz in unserer Einrichtung erst entsteht, wenn ein Betreuungsvertrag zwischen den Eltern und dem Trägervertreter abgeschlossen wurde.

Ort, Datum Unterschrift