

Liebe Eltern,

dieses Informationsblatt soll im Falle einer Vertretung den Tagespflegepersonen im Vertretungsstützpunkt helfen, Ihr Kind bestmöglich zu betreuen und zu versorgen. Bei einer kurzfristigen Vertretung bleibt meist wenig Zeit über offene Fragen zu sprechen.

Bitte füllen Sie dieses Informationsblatt mit ihrer Tagespflegeperson aus und bringen Sie es im Vertretungsfall mit in den Vertretungsstützpunkt. Damit sich Ihr Kind willkommen fühlt, möchten wir es gerne mit einem eigenen Garderobenplatz am Eingang begrüßen, auf dem es ein Bild von sich selbst sehen kann. Deshalb freuen wir uns – und ganz besonders Ihr Kind – über ein aktuelles Foto.

Herzlich bedankt sich

Ihr Team vom Vertretungsstützpunkt

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

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

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer, unter der Sie tagsüber erreichbar sind: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer einer weiteren Bezugsperson, die im Notfall noch angerufen werden kann:

\_\_\_\_\_

Arzt des Kindes: \_\_\_\_\_

**1. Allgemeines**

1.1 Welche Betreuungszeiten hat Ihr Kind bei der Tagesmutter? \_\_\_\_\_

1.2 Wurde Ihr Kind schon einmal „fremdbetreut“ (z.B. Oma, Opa oder Babysitter)?  ja  nein

1.3 Wie geht Ihr Kind mit Veränderung um?  eher unsicher  eher offen  weiß ich nicht

1.4 Gibt es zurzeit belastende Veränderungen in der Familie, von denen Sie uns mitteilen möchten (z.B. Umzug, Trennungen, Eingewöhnung)?

1.5 Gibt es Besonderheiten, auf die Rücksicht genommen werden soll (z.B. Entwicklungsverlauf, Kulturelles)?

**2. Spiel- & Sozialverhalten**

2.1 Welche Erfahrungen hat Ihr Kind im Zusammensein mit anderen (z.B. Krabbelgruppe, PEKIP)?

2.2 Ihr Kind spielt am liebsten:

allein  mit einem anderen Kind  mit mehreren Kindern  mit einem Erwachsenen

2.3 Kann Ihr Kind sich einige Zeit alleine beschäftigen?  ja, gut  ja, selten  nein, gar nicht

2.4 Lässt sich Ihr Kind gerne vorlesen oder Geschichten erzählen?  ja  nein

2.5 Spielt Ihr Kind gerne im Freien?  ja  nein

2.6 Ihr Kind spielt / beschäftigt sich mit:

Knetmasse  Scheren  Rollenspielen  Haushaltsgegenstände

Bausteine  Puppen  Spielautos  Spielen im/ mit Wasser

Bällen  Fingerfarben, Buntstifte, Filzstifte, Wasserfarben

anderem: \_\_\_\_\_

2.7 Gibt es zurzeit Besonderheiten im Bereich des Sozialverhaltens (z.B. Beißen, Schlagen, Anhänglichkeit)?

**3. Gesundheitszustand des Kindes**

3.1 Ist die Haut Ihres Kindes sehr empfindlich?  ja  nein

3.2 Ist Ihr Kind oft wund?  ja  nein

3.3 Welche Hygieneprodukte verwenden Sie? \_\_\_\_\_

3.4 War Ihr Kind schon wegen einer ernsthaften Krankheit im Krankenhaus?  ja  nein

Weshalb? \_\_\_\_\_

3.5 Ist Ihr Kind anfällig gegen

Erkältungen  Kopfschmerzen  Ohrenschmerzen

Bauschmerzen  Verdauungsstörungen  Blähungen/ Koliken

Was tun Sie dann? \_\_\_\_\_

3.6 Welche ansteckenden Krankheiten hatte Ihr Kind?

Masern  Röteln  Mumps  Windpocken

Keuchhusten  andere: \_\_\_\_\_

3.7 Hat Ihr Kind körperliche Beeinträchtigungen?  nein  ja: \_\_\_\_\_

3.8 Hat Ihr Kind Allergien?  nein  ja: \_\_\_\_\_

3.9 Hat Ihr Kind chronische Krankheiten?  nein  ja: \_\_\_\_\_

3.10 Wie reagiert Ihr Kind auf erhöhte Temperatur? \_\_\_\_\_

3.11 Hatte Ihr Kind schonmal einen Fieberkrampf?  ja  nein

3.12 Muss Ihr Kind regelmäßig bestimmte Medikamente nehmen?  ja  nein

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

**4. Sauberkeitserziehung**

- 4.1 Haben Sie mit der Sauberkeitserziehung bereits begonnen?  ja  nein
- 4.2 Sagt Ihr Kind, wenn es muss?  ja:“ \_\_\_\_\_ “  manchmal  nein
- 4.3 Ihr Kind benutzt  Toilette  Töpfchen  Windeln
- 4.4 Braucht es dabei Hilfe?  ja  nein

**5. Essgewohnheiten**

**Falls Ihr Kind noch Fertigmilch bekommt, bringen Sie diese bitte mit!**

- 5.1 Welches Wort benutzt Ihr Kind, wenn es Hunger hat? \_\_\_\_\_
- 5.2 Welches Wort benutzt Ihr Kind, wenn es Durst hat? \_\_\_\_\_
- 5.3 Welche Nahrungsmittel verträgt Ihr Kind nicht? \_\_\_\_\_
- 5.4 Was isst Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_
- 5.5 Was mag/soll Ihr Kind nicht essen? \_\_\_\_\_

**6. Sprachentwicklung**

- 6.1 Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_
- 6.1 Ihr Kind spricht  „Ein-Wort-Sätze“  „Mehr-Wort-Sätze“  noch gar nicht

Gibt es „Wortschöpfungen“ die für die Kindertagespflegeperson von Bedeutung sein können?

**7. Ängste des Kindes**

- 7.1 Ihr Kind ist im Allgemeinen:  ängstlich  nicht ängstlich
- 7.2 Es fürchtet sich vor:  großen Tieren  kleinen Tieren  Geistern, Phantasiefiguren
- Erwachsenen  fremden Kindern  lauten Geräuschen  Transportmitteln
- Dunkelheit  Gewitter  \_\_\_\_\_

7.3 Wie verhält sich Ihr Kind, wenn es Angst hat?

7.4 Wenn Sie versuchen, Ihr Kind zu beruhigen...

- lässt es sich schnell trösten  zeigt es noch mehr Angst und ist erst langsam wieder zu beruhigen
- \_\_\_\_\_

**8. Schlafgewohnheiten**

- 8.1 Schläft Ihr Kind während des Tages?  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- im Dunklen  im Hellen
- nein

8.2 Benötigt Ihr Kind einen Schnuller?  ja  nein

8.3 Nimmt es ein bestimmtes Spielzeug oder eine „Einschlafhilfe“ mit ins Bett?

ja:

nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Vertretung