
Familienstammblatt

Angaben des Kindes :

Vorname/Name :
Geburtsdatum :
Telefonnummer des Kindes:
Für CH Bürger Heimatort:
Für Ausländer Nationalität(en):
wohnhaft bei: Mutter: Vater:
Gemeldet im Kanton:
Muttersprache:
Alltagssprache:
Religion:
Allergie :
Medikamente:
Besonderheiten (z.B. Essen):

Für getrennt lebende Eltern (bitte entsprechendes Feld ankreuzen):

Gemeinsames Sorgerecht Sorgerecht Mutter Sorgerecht Vater

Angaben der biologischen Eltern:

Vorname/Name Mutter:
Adresse:
(Strasse, PLZ, Ort)
Telefon P:
G:
Mobil:
Email:

Vorname/Name Vater:
Adresse:
(Strasse, PLZ, Ort)
Telefon P:
G:
Mobil:
Email:

Angaben Stiefeltern/LebenspartnerInnen:

Herr Frau

Vorname/Name:
Adresse:
(Strasse, PLZ, Ort)
Telefon P:
G:
Mobil:
Email:

Familienstammblatt

Geschwister (I) Halbgeschwister (!) (bitte ankreuzen):

Vorname/Name/ Geburtsdatum (I) (!):

Vorname/Name/ Geburtsdatum (I) (!):

Vorname/Name/ Geburtsdatum (I) (!):

Vorname/ Name/ Geburtsdatum(I) (!):

Weitere wichtige Bezugspersonen /Verwandte

Bezeichnung (Freund, Tante, etc.):

Herr Frau

Vorname/Name:

Adresse
(Strasse, PLZ, Ort):

Telefon P:

G:

Mobil:

Email:

Angaben Behörden

Erwachsenen und Kinderschutz Biel (EKS) oder Jugendamt u. Sozialdienst der Gemeinde

Vorname/Name
(zuständige Person):

Tel:

Email:

Besteht eine vormundschaftliche Massnahmen? Bitte entsprechendes ankreuzen

Nein: Beistandschaft Vormundschaft

Vorname/Name
(zuständige Person):

Tel:

Email:

Besteht eine Gefährdungsmeldung? (Bitte entsprechendes ankreuzen)

Ja Nein weiss nicht

Angaben Begleitung/Therapie (z. B.: 1. KJPD 2. Familienbegleitung):

1. KJPD EB Familienbegleitung Tagesklinik Privatpraxis

Vorname/Name
(zuständige Person):

Adresse:
(Strasse, PLZ, Ort)

Tel:

Familienstammblatt

2. KJPD EB Familienbegleitung Tagesklinik Privatpraxis

Vorname/Name

(zuständige Person):

Adresse

(Strasse, PLZ, Ort):

Tel:

Angaben Schule, Hausarzt, Versicherungen:

Schule (Name):

Stufe/Klasse:

Adresse

(Strasse, PLZ, Ort):

Lehrkraft

Vorname/Name:

Tel Schule: Tel Lehrkraft:

E-Mail:

Hort/Tagesschule: Ja Nein Name:

Tel:

Hausarzt :

Vorname/Name:

Adresse

(Strasse, PLZ, Ort):

Tel:

Zahnarzt:

Vorname/Name:

Adresse

(Strasse, PLZ, Ort):

Tel:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Haftpflicht:

Invalidenversicherung: Ja Nein angemeldet