

# KENNENLERNEN FÜR EINEN GASTPLATZ

## 1. Informationen zum Kind

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Aufnahme ab: \_\_\_\_\_

## Angaben zu den Eltern

### Mutter/Vater

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

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

### Mutter/Vater

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

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

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

## 2. Ihr Kind im Alltag

Wie würden Sie Ihr Kind in wenigen Worten beschreiben?

---

---

Was macht Ihrem Kind im Alltag besonders Freude?

---

---

Gibt es Situationen, die für Ihr Kind eher herausfordernd sind?  
(z. B. Übergänge, Gruppen, Lautstärke, Teilen, Warten)

---

---

---

## 3. Verhalten in der Gruppe

Wie erlebt Ihr Kind den Kontakt zu anderen Kindern?

- sucht aktiv Kontakt
- spielt eher für sich
- braucht Unterstützung dabei

Wie reagiert Ihr Kind, wenn etwas nicht nach seinem Willen läuft?

---

Wie geht Ihr Kind mit Regeln und Grenzen um?

---

---

Gab es im Alltag oder in einer Betreuung bereits Situationen, die für Sie oder andere herausfordernd waren?

---

---

---

#### 4. Trennung & Eingewöhnung

Hat Ihr Kind bereits Erfahrungen mit Betreuung außerhalb der Familie?

- ja
- nein

Wenn ja: Wie hat die Trennung funktioniert?

---

Wie verhält sich Ihr Kind, wenn Sie sich verabschieden?

---

---

---

#### 5. Unterstützung & Besonderheiten

In welchen Situationen braucht Ihr Kind aktuell noch Unterstützung?

---

Gab oder gibt es eine Begleitung durch Fachstellen  
(z. B. Therapie, Frühförderung)?

- nein
- ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Gibt es gesundheitliche Besonderheiten, die wir wissen sollten?

---

---

---

## 6. Zusammenarbeit mit Ihnen als Eltern

Was ist Ihnen im Umgang mit Ihrem Kind besonders wichtig?

---

Wie gehen Sie zuhause mit schwierigen Situationen um?  
(z. B. bei Wut, Trotz oder Konflikten)

---

Was erwarten Sie von einer Betreuung in unserer Einrichtung?

---

---