



Gemeinnützige Soziale Betreuungsgesellschaft mbH in Frankfurt (Oder) • Anerkannter freier Träger der Jugendhilfe

Kita „Am Carlsgarten“ pewobe g GmbH in Frankfurt (Oder) •  
Am Carlsgarten 16 • 10318 Berlin

Ansprechpartner: Frau Raehse  
E-Mail: [kita-carlsgarten@pewobe-ffo.de](mailto:kita-carlsgarten@pewobe-ffo.de)  
Telefon: 030 / 47594444  
Telefax: 030 / 47594687



## Wer bin ich – was kann ich schon?

### Personalien

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

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

Betreuungsumfang: \_\_\_\_\_ Std.

Name der Personensorgeberechtigten (Vorname, Name, Art des Sorgeberechtigten):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Kennenlernen

Anlass und Motivation der Familie, das Kind in die Tageseinrichtung zu bringen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits Erfahrungen in der außerhäuslichen Betreuung?  
(Wann, bei wem, wie lange, Reaktion?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bestimmte Rituale?

beim Abschiednehmen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

beim Essen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

beim Wickeln:

---

---

beim Einschlafen:

---

Hat Ihr Kind ein Übergangsobjekt, z. B. Nuckel, Kuscheltier?

Gibt es wichtige Ereignisse von der Geburt bis heute, die wir wissen müssen? (z. B. Geburt eines Geschwisterkinds, Krankenhausaufenthalt, etc.)

Inwieweit kann sich Ihr Kind verbal mitteilen? Gibt es wichtige nonverbale Signale, die wir kennen müssen?

---

---

Was/ Wie isst und trinkt Ihr Kind (Flasche, Löffel, Vorlieben)?

---

---

Gibt es Spielmaterial und Spielinhalte, die Ihr Kind gerne hat/ spielt?

---

Benutzt Ihr Kind Windeln/ Töpfchen/ Toilette?

---

Welche Wünsche haben Sie als Eltern/ Personensorgeberechtigte an die Tageseinrichtung bzw. die Erzieher?

---

---

Sind bei Ihrem Kind bisher Allergien bekannt? Benötigt es Medikamente?

(Hinweis: Wir verabreichen ausschließlich lebensnotwendige bzw. vom Arzt attestierte Medikamente!)

---

---

---

Wer begleitet die Eingewöhnung? Wie viel Zeit haben Sie eingeplant?

---

---

---