



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 Rakow  
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?**

---

---

---