

Aufnahmewunsch Im Kindergarten ab: _____ (Monat/Jahr)

Betreuungswunsch Uhrzeit: von _____ bis _____ Uhr

Wunschkita: 2. Wahl _____

Wunschkita: 3. Wahl _____

Verbindliche Anmeldung für einen:

Krippenplatz

Halbtagsplatz 8 Uhr - 13 Uhr

Kindergartenplatz

Sonderöffnung 7.30 - 8 Uhr

Sonderöffnung 13 - 13.30 Uhr

Halbtagsplatz 8 - 13 Uhr

Sonderöffnung 7.00 Uhr – 7.30 Uhr

Sonderöffnung 7.30 – 8.00 Uhr

Sonderöffnung 13 Uhr – 13.30 Uhr

Sonderöffnung 13.30 – 14.00 Uhr

Mittagstisch

Mein Kind besucht z. Zt. Kiga/Tagesmutter _____

Personalien des Kindes:

Name:		geb:	in:
wohnhaft: Straße		PLZ/Ort:	
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> sonstiges _____ <input type="checkbox"/> konfessionslos			
Nationalität:	Muttersprache: Familiensprache:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	
Behandelnder Arzt:			
Krankenkasse:	versichert bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____		
Wurde die letzte U - Untersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Gibt es spezielle Aufnahmegründe?			
Hat Ihr Kind Allergien, wenn ja welche?		Besucht Ihr Kind eine Therapie, wenn ja welche?	

Angaben der Erziehungsberechtigten:**Personalien der Mutter:**

Name/Vorname		geb.:	Geburtsname:
wohnhaft: Straße		PLZ/Ort:	email:
Lebensform: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr. leb. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft			
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> sonstiges _____ <input type="checkbox"/> nicht gläubig			
Tel.:	Tel. beruflich	mobil:	
Beruf:		beschäftigt bei: Arbeitszeit:	
Nationalität:	Muttersprache: Familiensprache:	Anzahl der Kinder:	

Personalien des Vaters:

Name/Vorname:		geb:	Geburtsname:
wohnhaft: Straße		PLZ/Ort:	email:
Lebensform: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getr. leb. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft			
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> sonstiges _____ <input type="checkbox"/> nicht gläubig			
Tel.:	Tel. beruflich	mobil:	
Beruf:		beschäftigt bei: Arbeitszeit:	
Nationalität:	Muttersprache: Familiensprache:	Anzahl der Kinder:	

Personalien von weiteren Familienangehörigen und Mitbewohnern:**Geschwister:**

1. Name/Vorname	geb:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
2. Name/Vorname	geb:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
3. Name/Vorname	geb:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
4. Name/Vorname	geb:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>

Allgemeines:

Wer ist sorgeberechtigt? <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> sonstige Personen _____
Sonstige wichtigen Informationen über Ihr Kind und Ihre Familie:
Wer sollte im Notfall verständigt werden, wenn Eltern nicht erreichbar sind: 1. _____ Tel.: _____ / mobil.: _____ 2. _____ Tel.: _____ / mobil.: _____
Mit den u. g. Unterschriften dokumentiere ich die Richtigkeit der oben gegebenen Angaben und gebe mein Einverständnis zum Aufnahmeverfahren der Kindertagesstätte, das auch einen namentlichen Austausch der Anmeldungen mit den Leiterinnen der anderen Kindergärten am Ort beinhaltet. Über Veränderungen im Anmeldewunsch oder bei Änderungen zu den o. g. Punkten sowie bei Unwirksamkeit der verbindlichen Anmeldung informieren wir die Kindertagesstätte frühestmöglich.
Datum: _____ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____