

| | |
|--|-----------------------------------|
| Name , Vorname des Kindes: _____ | |
| Geburtsdatum: _____ | Staatsangehörigkeit: _____ |
| Vater und Mutter leben zusammen (eheähnliche Gemeinschaft oder verheiratet) () Das Elternteil, bei dem das Kind lebt, ist alleinerziehend () | |
| Name, Vorname der Mutter: _____ | |
| Name, Vorname des Vaters: _____ | |
| Anschrift: _____ | Telefon: _____ |
| Wo können Erziehungsberechtigte o. Beauftragte während der Öffnungszeiten in Notfällen erreicht werden? | |
| Name u. Anschrift: _____ | |
| Telefonnummer: _____ | |
| Das Kind ist krankenversichert bei: _____ | |
| Hat das Kind Geschwister? () nein () ja (Auflistung bitte unter Ziffer 1 auf der Rückseite) | |
| Bedarf das Kind einer besonderen Betreuung? () nein () ja (Erläuterung bitte unter Ziffer 2 auf der Rückseite) | |
| Welcher Betreuungsumfang wird gewünscht? (Begründung bitte unter Ziffer 3 auf der Rückseite) <input type="checkbox"/> 25 Std. Kindergarten <input type="checkbox"/> 35 Std. Kindergarten mit Mittagessen <input type="checkbox"/> 45 Std. Ganztagsbetreuung Bei abweichendem Bedarf tragen Sie bitte Beginn und Ende der gewünschten Betreuungszeit ein; frühestens 7.00 Uhr bis spätestens 18 Uhr. | |
| Montag | von: _____ bis: _____ |
| Dienstag | von: _____ bis: _____ |
| Mittwoch | von: _____ bis: _____ |
| Donnerstag | von: _____ bis: _____ |
| Freitag | von: _____ bis: _____ |

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Die Anmeldung ist bis zum _____ in der Einrichtung abzugeben.

1) Angaben zu den Geschwisterkindern:

| Geburtsdatum: | Vorname: |
|---------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2) Mein/Unser Kind benötigt eine besondere Betreuung,

weil...

3) Eine Betreuung über die Mittagszeit wird benötigt,

weil.....
