



Kindergarten St. Elisabeth, Barth.-Holzhauser-Platz, 186502 Laugna

### **Anmeldeformular:**

Bitte in Druckbuchstaben leserlich ausfüllen!

Wunschaufnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_

### **Kind**

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

Straße/Hausnummer : \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_



### **Voraussetzung zur Aufnahme**

**Ein Nachweis über eine 2-fache Masernschutzimpfung bis zur Kitaaufnahme oder eine ärztliche Bescheinigung, dass eine Immunität gegen Masern besteht muss erbracht werden!**

### **Eltern**

#### **Vater**

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

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

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

#### **Mutter**

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

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

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

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

### **Familienstand**

( ) verheiratet    ( ) ledig    ( ) getrennt    ( ) geschieden    ( ) verwitwet

**Erziehungsberechtigt sind/ist**    ( ) Vater    ( ) Mutter

## Angaben zur Berufstätigkeit der Erziehungsberechtigten

Alleinerziehend berufstätig ( ) \_\_\_\_\_

Beide Erziehungsberechtigten berufstätig ( ) \_\_\_\_\_

## Geschwister

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei Aufnahme von Geschwisterkindern ( ) getrennt ( ) zusammen

## Mögliche Betreuungszeiten/Öffnungszeiten

(siehe Buchungsbeleg)

**Die Einrichtung ist Montag bis Freitag von 7:30 Uhr- 14:00 Uhr geöffnet**

<u>Tage</u>	<u>Zeiten:</u>	<u>Bemerkung:</u>
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Gruppenwunsch kann hier angegeben werden: \_\_\_\_\_

(Betreuungswünsche können genannt werden, es besteht jedoch kein Anspruch!)

**Gibt es in der Entwicklung Ihres Kindes Besonderheiten oder Auffälligkeiten, die wir berücksichtigen müssen? (Allergien, Krankheiten, Entwicklungsverzögerung, Behinderung...?)**

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

**Abholberechtigte Personen:**

<b>Name:</b>	<b>Adresse:</b>	<b>Telefonnummer:</b>	<b>Mobil:</b>

**Hat das Kind zuvor eine Kindertageseinrichtung besucht?**

Ja ( ) welche? \_\_\_\_\_ nein ( )

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten