

Anmeldung zum Kindergartenbesuch

Kindergartenbesuch ab: <input type="radio"/> September 20____ <input type="radio"/> Späterer Monat _____ Jahr _____	Eingangsstempel
Eintrittsdatum*: _____ *) ist vom Rechtsträger auszufüllen	

Berücksichtigungswürdige Gründe:

Angaben zum Kind:

Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	SV-Nummer:
Geschlecht: w <input checked="" type="radio"/> m <input checked="" type="radio"/>	Straße/Nummer:
PLZ:	Ort (Hauptwohnsitz):
Staatsangehörigkeit:	Religionsbekenntnis:
Muttersprache:	Impfungen: lt. Mutter-Kind-Pass <input checked="" type="radio"/>
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	Ja, welche? _____ Nein
Med. Auffälligkeiten z.B.: Asthma, Allergien, Operationen, sonstige Beeinträchtigungen:	
Haus/Kinderarzt:	Geschwister:

Besuchszeiten des Kindes

Montag	von _____ bis _____	Variabler Betreuungsbedarf Ja <input checked="" type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/>
Dienstag	von _____ bis _____	Bustransport Ja <input checked="" type="radio"/> Nein <input checked="" type="radio"/>
Mittwoch	von _____ bis _____	Wer übergibt/holt Kind?
Donnerstag	von _____ bis _____	
Freitag	von _____ bis _____	
Einnahme des Mittagessens:		Montag <input checked="" type="radio"/> Dienstag <input checked="" type="radio"/> Mittwoch <input checked="" type="radio"/> Donnerstag <input checked="" type="radio"/> Freitag <input checked="" type="radio"/> Gar nicht <input checked="" type="radio"/>

Angaben zur Mutter

Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	SV-Nummer:
PLZ:	Ort (Hauptwohnsitz):
Straße/Nummer:	Telefonnummer:
E-Mail-Adresse:	Familienstand:
	Staatsangehörigkeit:
Beschäftigungsausmaß: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit _____ Std.	
Beschäftigt bei: (Firma)	Beschäftigt als: (Berufsbezeichnung)
Adresse:	Telefonnummer:

Angaben zum Vater

Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	SV-Nummer:
PLZ:	Ort (Hauptwohnsitz):
Straße/Nummer:	Telefonnummer:
E-Mail-Adresse:	Familienstand:
	Staatsangehörigkeit:
Beschäftigungsausmaß: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit _____ Std.	
Beschäftigt bei: (Firma)	Beschäftigt als: (Berufsbezeichnung)
Adresse:	Telefonnummer:

Mutter: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Zahlungspflichtige<input type="radio"/> Alleinerziehende<input type="radio"/> Erziehungsberechtigte<input type="radio"/> Hauptversicherte	Vater: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Zahlungspflichtiger<input type="radio"/> Alleinerzieher<input type="radio"/> Erziehungsberechtigter<input type="radio"/> Hauptversicherter
--	--

Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
PLZ:	Ort (Hauptwohnsitz):
Straße/Nummer:	E-Mail-Adresse:

Ort und Datum:	Unterschrift:
----------------	---------------