

ANMELDUNG KINDERGARTEN TIEFGRABEN



ANGABEN ZUM KIND

Vorname	
Nachname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	
Adresse	
Staatsangehörigkeit	
Religionsbekenntnis	
Muttersprache	
SV-Nummer	
Name und Geburtsdatum der Geschwister:	
War ihr Kind bereits in einer Kinderbetreuungseinrichtung / bei einer Tagesmutter? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn Ja, welche	
Beeinträchtigungen, med. Auffälligkeiten - Allergien, Asthma, ...	
Erhält ihr Kind spezielle Förderung oder Therapie? (z.B: Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung...)	
Impfungen: <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Nicht geimpft Sonstige Impfungen:	
Name und Telefonnummer des Hausarztes/Kinderarztes:	

ANGABEN ZU DEN ELTERN

MUTTER

VATER

Vorname		
Nachname		
Adresse		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		
Geburtsdatum		
SV-Nummer		
Staatsangehörigkeit		
Familienstand		
Alleinerzieher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitgeber		
beschäftigt als (Berufsbez.)		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit /Std.	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit /Std.
Telefon am Arbeitsplatz		

ERZIEHUNGSBERECHTIGT

<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Nur Mutter	<input type="checkbox"/> Nur Vater	<input type="checkbox"/> Andere Person
--	-------------------------------------	------------------------------------	--

ANGABEN zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von den Eltern)

Vor- und Nachname	
Adresse	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	

KONTAKTPERSON (wenn Eltern nicht erreichbar sind)

Name und Telefonnummer:

GEWÜNSCHTE BESUCHSZEITEN DES KINDES

<input type="checkbox"/> VORMITTAGSKINDERGARTEN	Mo - Fr: 07.00 - 13.00 Uhr; ohne Mittagessen
<input type="checkbox"/> GANZTAGSKINDERGARTEN	Mo - Do: 07.00 - 16.00 Uhr; mit Mittagessen Fr: 07.00 - 13.00 Uhr; ohne Mittagessen
Wenn Ganztagskindergarten - an welchen Tagen wird die Nachmittagsbetreuung benötigt	
<input type="checkbox"/> Montag bis Uhr <input type="checkbox"/> Dienstag bis Uhr <input type="checkbox"/> Mittwoch bis Uhr <input type="checkbox"/> Donnerstag bis Uhr	
Wir benötigen eine Betreuung in der Sammelgruppe: 07.00 - 07.30 Uhr bzw. 12.10 - 13.00 Uhr	
07.00 - 07.30 Uhr: <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag	mittags ab 12.10 Uhr: <input type="checkbox"/> Montag bis Uhr <input type="checkbox"/> Dienstag bis Uhr <input type="checkbox"/> Mittwoch bis Uhr <input type="checkbox"/> Donnerstag bis Uhr <input type="checkbox"/> Freitag bis Uhr
BUSTRANSPORT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

WÜNSCHE - bezüglich Kindergartengruppe

--

Datum

Unterschrift