

Anmeldebogen



Familienzentrum St. Severinus Möllmicke

Heinrich-Lübke-Str. 2

57482 Wenden

Träger: Kath. Kindertageseinrichtungen Siegerland-Südsauerland gem. GmbH

1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____
Nachname: _____ PLZ, Ort: _____
Geburtsort: _____ Ortsteil: _____

2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____ Nationalität: _____
Geschlecht: männlich weiblich divers Familienstand der Eltern: _____
Konfession: _____ Familiensprache: _____

3. Besondere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten

Allergien: _____ Unverträglichkeiten: _____
Krankheiten: _____ Medikamente: _____

4. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes
Aufnahmedatum: _____ / _____ (Monat/ Jahr)
Gewünschte
Betreuungszeit: 25 WSt. 35 WSt. Geteilt 35 WSt. (Blockzeit) mit Mittagessen 45 WSt. mit Mittagessen
Betreuungsbedarf außerhalb der
Öffnungszeiten: nein ja und zwar zu folgenden Zeiten: _____

5. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten/ Abholberechtigten

Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter: _____
Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____
Nationalität: _____ Beruf: _____ Berufstätig Ja Nein

Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter: _____
Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____
Nationalität: _____ Beruf: _____ Berufstätig Ja Nein

Geschwister: Ja Nein Anzahl: _____ Alter: _____

* Ich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten unseres/ meines Kindes (Name, Geburtsdatum und Wohnort) zu Planungszwecken bzw. Feststellung des Bedarfes an Kindergartenplätzen dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.

Datum, Ort und Unterschrift
der/ des Erziehungsberechtigten: _____