

Erstanmeldung für die Kindertagesstätte St. Marien

☐ Krippengruppe _____ gewünschtes Aufnahmedatum _____

☐ Kindergartengruppe _____

Name, Vorname des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Staatsangehörigkeit _____ Geburtsort _____

Konfession/Religion _____ Kind spricht _____

Das Kind ist zur Zeit untergebracht: ☐ Familie ☐ Tagesmutter ☐ Kinderkrippe ☐ Kindergarten

Name der zur Zeit besuchten Einrichtung _____

Geben Sie Ihr Einverständnis, mit der vorherig besuchten Einrichtung zu einem Übergabegespräch Kontakt aufzunehmen:

☐ ja ☐ nein

Erhält das Kind eine spezielle Förderung, z. B. Ergotherapie, Logopädie? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Art und Dauer, evtl. Name der Therapiestelle _____

Name, Vorname der Mutter/Personensorgeberechtigten _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Geb. datum _____ Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____

Herkunftsnationalität _____ Beruf _____ Konfession/
Religion _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Handy _____ E-Mail _____

Berufstätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ zu Hause ☐ Wiedereinstieg geplant _____

Name, Vorname des Vaters/Personensorgeberechtigten _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____

Geb. datum _____ Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____

Herkunftsnationalität _____ Beruf _____ Konfession/
Religion _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Handy _____ E-Mail _____

Berufstätigkeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ zu Hause ☐ Wiedereinstieg geplant _____

Geschwister (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Um eine möglichst ausgeglichene Gruppenzusammenstellung zu erreichen, bitten wir Sie, uns die voraussichtliche Betreuungszeit Ihres Kindes anzugeben:

Montag von – bis:

Dienstag von – bis:

Mittwoch von – bis:

Donnerstag von – bis:

Freitag von – bis:

Wäre nur Nachmittagsbetreuung möglich (begrenzt auf dieses Kindergartenjahr)?

☐ ja

☐ nein

Genügt die Aufnahme ein Jahr später?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie in einer anderen Kindertagesstätte angemeldet?

☐ ja

☐ nein

wenn ja, in welcher

Abholung des Kindes – von wem? (Name, Vorname, Anschrift, Telefon tagsüber)

letzte Tetanusimpfung

 ärztliches Attest vom

Name des Hausarztes

 Telefon

Name der Krankenkasse

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z. B. Allergien)

Eigene Anmerkungen:

Ort, Datum

 Unterschrift
