



## Anmeldung zum Kindergartenbesuch

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

<b>Berücksichtigungswürdige Gründe:</b>   
---

### 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 checked="" type="radio"/> Vollzeit	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Vollzeit	<input checked="" type="radio"/> Teilzeit _____ Std.
Beschäftigt bei: (Firma)	Beschäftigt als: (Berufsbezeichnung)
Adresse:	Telefonnummer:

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

### Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

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

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