

Kindergartenanmeldung

Kind	Name des Kindes:	Vorname	Familienname	Geschlecht
	geboren am:	in:		
	Anzahl der Geschwister:			
	Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:		
	Religionsbekenntnis:	Versicherungsnummer:		
	Adresse:			
	Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	erhöhter Förderbedarf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Hörfehler	<input type="checkbox"/>	Sehschwäche <input type="checkbox"/>	Sprachverzögerung <input type="checkbox"/> Bettnässen <input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Asthma <input type="checkbox"/>		
Eltern	Name der Mutter:	Anschrift		
	Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PLZ Ort	
	Vollzeit	<input type="checkbox"/>	Tel.Nr. privat:	
	Teilzeit	<input type="checkbox"/>	Beschäftigt bei:	
	Alleinerzieherin <input type="checkbox"/>	Beruf:	Tel:Nr. Arbeitsplatz:	
	Name des Vaters:	Anschrift ¹		
	Berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PLZ Ort	
	Vollzeit	<input type="checkbox"/>	Tel.Nr. privat:	
	Teilzeit	<input type="checkbox"/>	Beschäftigt bei:	
	Alleinerzieher <input type="checkbox"/>	Beruf:	Tel:Nr. Arbeitsplatz:	
	Weitere Betreuungsperson:	Tel:Nr.		
	Bedarf	Wunsch/Bedarf Gruppeneinteilung:	Öffnungszeiten Vormittag:	Nachmittag:
<input type="checkbox"/> Vormittagsgruppe		Mo – Fr 7:00 – 13:00 Uhr		
<input type="checkbox"/> Mixgruppe		Mo – Fr 7:30 – 12:30 Uhr	Di und Do 13:30 – 16:00 Uhr	
<input type="checkbox"/> Sonstiger Wunsch				

.....
Datum

.....
Unterschrift

¹ Nur bei getrenntem Wohnsitz