

Kindergartenanmeldung

Kind	Name des Kindes:	Vorname	Familiename	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