

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:

Unverträglich-
keiten:

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

Öffnungszeit:

☐

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: