

Angaben zur Aufnahme in eine Kinderbetreuungseinrichtung der Pfarrcaritas im Gemeindegebiet von St. Marien

Wunscheinrichtung: <input type="checkbox"/> Krabbelstube Nöstlbach <input type="checkbox"/> Kindergarten Nöstlbach <input type="checkbox"/> Krabbelstube St. Marien <input type="checkbox"/> Kindergarten St. Marien <input type="checkbox"/> Krabbelstube Weichstetten <input type="checkbox"/> Kindergarten Weichstetten
--

Es besteht kein Rechtsanspruch auf die Wunscheinrichtung.
Entsprechend den Anmeldezahlen kann ihrem Kind auch ein Platz in einer anderen Kinderbetreuungseinrichtung im Gemeindegebiet zugewiesen werden.

Aufgenommen am: _____

Abgemeldet am: _____

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Soz.Vers.Nr.: _____ geboren am: _____ in _____

Adresse: _____

Religionsbekenntnis: _____ Staatsbürgerschaft: _____ Erstsprache: _____

Geschwister/Geburtsjahr: _____

Eltern:	Vater	Mutter
Vor- und Zuname:	_____	_____
geboren am:	_____	_____
Familienstand:	_____	_____
Religionsbekenntnis:	_____	_____
Staatsbürgerschaft:	_____	_____
Wohnadresse:	_____	_____
Erziehungsberechtigte/r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Obsorgeberechtigte/r	_____	
Besonderheiten zur Obsorge:	_____	
Telefon/Handy:	_____	_____
E-Mail-Adresse:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Beschäftigt bei:	_____	_____
	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>
Telefon am Arbeitsplatz:	_____	_____

Wer kann in dringenden Fällen telefonisch in den Kindergarten gerufen werden?

Von wem wird das Kind gebracht? _____

Von wem wird das Kind abgeholt? _____

Anmerkung: _____

Fährt das Kind mit dem **Kindergartenbus**? ja nein

Vorgelegt wurden: Geburtsurkunde Ärztliches Attest

Impfungen: Datum: Masern-Mumps-Röteln-Windpocken _____ FSME _____

6-fach Impfung: _____ Hepatitis A-B-AB _____ Pneumokokken _____

weitere _____

Welche Krankheiten hatte das Kind? _____

Worauf muss im Kindergarten geachtet werden? (z.B. Allergien, Herzfehler, Diabetes, etc.)

Erhält das Kind spezielle Förderung oder Therapie? (z.B. Frühförderung, Ergotherapie, etc.)

Name, Anschrift, Tel.-Nr. des Hausarztes _____

Besuchte das Kind bereits eine Tagesmutter / Krabbelstube oder einen Kindergarten?

Welche/n? _____

_____, am _____

Unterschrift der Eltern / gesetzl. Erziehungsberechtigten