

Anmeldebogen für einen Betreuungsplatz in der Kita Kinderhaus Papperlapapp



JOHANNITER

Alternative Einrichtung, falls kein freier Platz in Wunsch-Kita: _____

In der Kita Kinderhaus Papperlapapp	Adresse: Dorfstraße 20, 88285 Bodnegg Telefon: 07520 920717
Familienname des Kindes:	
Vorname(n) des Kindes:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum des Kindes:	
Konfession:	
Name der Sorgeberechtigten:	1 <input type="checkbox"/> berufstätig
	2 <input type="checkbox"/> berufstätig
Anschrift:	Straße:
	Ort:
Telefon / Handy:	
E-Mail:	
Geschwisterkind 1	Name: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Geburtsdatum:
	Gleicher Haushalt wie Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wird in folgender Kita betreut:
Geschwisterkind 2	Name: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Geburtsdatum:
	Gleicher Haushalt wie Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wird in folgender Kita betreut:
Geschwisterkind 3	Name: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Geburtsdatum:
	Gleicher Haushalt wie Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wird in folgender Kita betreut:
Geschwisterkind 4	Name: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Geburtsdatum:
	Gleicher Haushalt wie Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wird in folgender Kita betreut:

Wunschgruppe:	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3 Tage: Mo bis Mi 7:00-12.30 Uhr mit Mittagessen ○ 5 Tage: Mo bis Fr 7:00-12.30Uhr mit Mittagessen ○ 5 Tage : Mo bis Fr 7:00-14.30Uhr mit Mittagessen ○ 5 Tage: Mo bis Fr 7:00-16.00Uhr mit Mittagessen und Imbiss
Besonderer Betreuungsbedarf?	z.B. chronische Erkrankungen, diagnostizierte Behinderung bei Kind oder Personensorgeberechtigte, alleinerziehend
Wunschdatum Aufnahme:	Bitte beachten Sie bei der Angabe Ihres gewünschten Aufnahmetermins, dass Sie mindestens 4-6 Wochen gemeinsam mit Ihrem Kind die Einrichtung besuchen werden bzw. jederzeit erreichbar sein müssen. Wunschdatum: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle hier von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, mein Kind gegen Masern geimpft ist, ich mit der Onlineverarbeitung meiner Daten einverstanden bin und der Einrichtung bei jeglichen Veränderungen Bescheid gebe.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Interne Bearbeitung:

Aufnahme am:	
Absagegrund	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> anderweitiger Platz:<input type="checkbox"/> keine Angaben, kam per<input type="checkbox"/> Wegzug<input type="checkbox"/> Kein Kontakt möglich