

Anmeldebogen

Kindergarten „Spatzennest“

Ahauser Straße 20

57413 Finnentrop-Heggen

Kindergarten –Elternverein Heggen e.V. Postfach 711 57405 Finnentrop Telefon 02721 / 50419 Fax 02721/601167

Familienname des Kindes: _____ Aufnahmewunsch: _____

Vorname des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift:

Str.: _____ PLZ, Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

Weiblich Männlich

Religion: katholisch evangelisch moslemisch sonstiges: _____

Krankenversicherung: _____

Betreuungszeiten: 25 Std. Mo-Fr. von 7.30-12.30 Uhr

35 Std. Mo-Do. von 7.20-12.45 u. 14.00-16.00 Uhr
Fr. von 7.20-12.45 Uhr

45 Std. Mo-Do. von 7.00-16.15 Uhr
Fr. von 7.00-13.45 Uhr

Benötigen Sie außerhalb dieser Betreuungszeiten eine Betreuung?

Ja: von _____ bis _____ Uhr.

Familienname der Mutter: _____

Vorname der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift, Straße: _____ PLZ, Ort _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand:

verheiratet getr. lebend geschieden alleinerz. eheähnl. Gem.

Religion: katholisch evangelisch moslemisch sonstiges: _____

Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit Nicht berufstätig

Telefonnr. _____ Handy _____

Familienname des Vaters: _____

Vorname des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift, Straße: _____ **PLZ, Ort** _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand:

verheiratet getr. lebend geschieden alleinerz. eheähl. Gem.

Religion: katholisch evangelisch moslemisch sonstiges: _____

Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit Nicht berufstätig

Telefonnr. _____ **Handy** _____

Zahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren _____

Geburtsjahr der/des Kinder/ Kindes _____

Wer soll in dringenden Notfällen (bei nicht Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten) informiert werden?

Name und Telefon: _____

Name und Telefon: _____

Wer hat außer den Erziehungsberechtigten eine Abholberechtigung?

Name: _____

Name: _____

Email Adresse(freiwillige Angabe): _____

Ort/Datum: _____ **Unterschrift:** _____