

Familienzentrum St. ANDREAS
Katholischer Kindergarten
Anmeldeformular

Aufnahme für : 35 Stunden : 07:00- 14:00 mit Mittagessen
07:30- 12:30 und 14:30- 16:30 (Freitag bis 16:00)
45 Stunden : 07:00- 16:30 (Freitag bis 16:00) mit Mittagessen

Das Kind soll kommen ab: _____ (Sommer 20XX)

1: Kind :

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Geburtsort: _____

Konfession : _____ Staatsangehörigkeit : _____ Fam.-Sprache: _____

Anschrift : _____

Mail-Adresse: _____

2. Eltern :

Vater :

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Familienstand: _____

Konfession : _____ Staatsangehörigkeit : _____

Anschrift : _____

Telefon : _____

Beruf: _____ Beschäftigt als: _____

Arbeitgeber : _____

Arbeitszeit : _____

Telefon dienstlich : _____

Mutter :

Name : _____ Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Familienstand: _____

Konfession : _____ Staatsangehörigkeit : _____

Anschrift : _____

Telefon : _____

Beruf: _____ Beschäftigt als: _____

Arbeitgeber : _____

Arbeitszeit : _____

Telefon dienstlich : _____

3. Geschwister (Name, Geb.-datum) :

4. Liegen neben den normalen Aufnahmegründen (z. B. Vorbereitung auf die Schule, Einleben in die Gemeinschaft) noch andere Gründe vor?

Sprachstörungen : _____

Körperbehinderung : _____

Hörschäden : _____

Sehschäden : _____

5. Leidet Ihr Kind an einer Krankheit, die besondere Vorsorgemaßnahmen erfordert (z.B. Diabetes, Bronchitis, Lebensmittel- Allergie)?

6. Besteht Betreuungsbedarf über die normalen Öffnungszeiten der Kita hinaus ?

Betreuungsbedarf zu welchen Zeiten : _____

Bei Aufnahme bitte den Impfpass und U-Heft mitbringen.

Leverkusen , den _____ Unterschriften : _____