



## Anmeldeformular

- bitte in Druckschrift und komplett ausfüllen
- dieses Formular ist noch keine verbindliche Zusage

### Art des Betreuungsplatzes:

Wir benötigen einen Krippenplatz (1-3 Lebensjahr)

ab: \_\_\_\_\_

Wir benötigen ab dem dritten Lebensjahr (auch)  
einen Kindergartenplatz

ab: \_\_\_\_\_

### Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: 1. \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### Berechtigungen

Sorge-/Besuchsberechtigt: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Abholberechtigte/ 1. \_\_\_\_\_

Tel. und Adresse 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### Geschwister

Anzahl:  1. Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

### Gesundheit

Hausarzt/Kinderarzt: Name: \_\_\_\_\_

Adresse: Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gesundheitliche Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Bescheinigung über eine Behinderung liegt vor: Ja  gültig bis: \_\_\_\_\_  Nein

Letzte Tetanusimpfung: Tag: \_\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Masernstatus: 1 Impfung am: \_\_\_\_\_ 2 Impfung am: \_\_\_\_\_

**Eltern/ Sorgeberechtigte:**

**Mutter:** Erziehungsberechtigt  alleinerziehend

Name: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Land/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Herkunftsnation: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Vater:** Erziehungsberechtigt  alleinerziehend

Name: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Land/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Herkunftsnation: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung (auch bei Beitragsübernahme vom Jugendamt angeben)**

Bankname: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ich möchte eine Beitragsübernahme vom Jugendamt beantragen: Ja  Nein / Selbstzahler

Für die Richtigkeit der Angaben: (Bei Änderungen, informiere Sie die Einrichtung umgehend)

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten