

Angenommen am: _____
Angenommen von: _____

Zusage am: _____
Absage am: _____
Warteliste: _____

**VORANMELDUNG für das Familienzentrum Abdinghof mit
einer Buchungszeit von: 35 Std geteilt 35 Std Block 45Std
wöchentlich**

Ab 1. __ 20__

Name des Kindes _____ Vorname des Kindes _____

Geb. am _____ Geb. in _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion _____ Taufdatum und Ort _____

Muttersprache: _____ männlich weiblich

Anschrift: Strasse / Haus Nr..

Postleitzahl / Ort _____

Hausarzt / Kinderarzt _____

Krankenkasse _____ Versichert über _____

Wird das Kind aufgrund einer Krankheit ständig ärztlich betreut? Ja /Nein

Wenn ja, wegen welcher Krankheit? _____

Hat das Kind Allergien? Wenn ja, wogegen? _____

Wird das Kind von einer

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| • Frühförderstelle | <input type="radio"/> | Ergotherapeutin | <input type="radio"/> |
| • Erziehungsberatungsstelle | <input type="radio"/> | Logopädin | <input type="radio"/> |
| • Krankengymnastin | <input type="radio"/> | Neuropädiatrie | <input type="radio"/> |
| • Sonstige Einrichtung _____ | | | betreut ? |

Anzahl der Geschwister _____ Geburtsdatum der Geschwister _____

Besucht ein oder mehrere der Geschwister eine andere Tageseinrichtung für Kinder?

Ja / Nein Wenn ja, welche? _____

In welchem Kindergarten ist Ihr Kind noch angemeldet?

Welche Kindertageseinrichtung besucht Ihr Kind zur Zeit _____

Bitte wenden!

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter:

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/ Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

Beruf _____

tätig bei _____

mit ____Std. wöchentl. von-bis _____

Telefon dienstl. _____

Vater:

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/ Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

Beruf _____

tätig bei _____

mit ____Std. wöchentl. von-bis _____

Telefon dienstl. _____

Wird das Kind bisher von einer anderen Person tagsüber betreut? Ja / Nein

Wenn ja, von wem? _____

Besondere Vermerke, Grund der Aufnahme:

- Mit der Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der persönlichen Angaben und erklären unser Einverständnis zum Aufnahmeverfahren in der Einrichtung.
- Ebenso erlauben wir die Weitergabe der Daten unseres Kindes an das Jugendamt der Stadt Paderborn, auch im Falle einer Absage.
- Ist die Voranmeldung älter als ein Jahr, muss diese neu bestätigt werden.
- Wir sind darüber informiert, dass wir uns auch im Kita Navigator der Stadt Paderborn registrieren müssen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten