

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

Unsere Öffnungszeiten sind Mo-Fr von 7:30 – 16:30 Uhr.

Entsprechen die Öffnungszeiten Ihren Bedarfen?  ja  nein

Welche Öffnungszeiten benötigen Sie?

Von Montag bis Freitag in der Zeit von.....bis..... oder

Montag von .....bis.....

Dienstag von.....bis..... Mittwoch von.....bis.....

Donnerstag von.....bis..... Freitag von.....bis.....

Ab 1. \_\_ 20\_\_

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_ Geb. in \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_ Taufdatum und Ort \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Anschrift: Straße / Hausnr. \_\_\_\_\_

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:

Vater:

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

tätig bei \_\_\_\_\_

tätig bei \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_Std. wöchentl. von-bis \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_Std. wöchentl. von-bis \_\_\_\_\_

Telefon dienstl. \_\_\_\_\_

Telefon dienstl. \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht?            gemeinsam•            Mutter •            Vater•

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