

**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 vonbis.....

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