

Name und Anschrift der Einrichtung

Familienzentrum Kleine Strolche
 Marienstr.3
 57482 Wenden-Altenhof
 Kindergartenleitung: Karin Hohmann
 Telefon: 02762-5717

Name und Anschrift des Trägers

Kindergartenverein Altenhof e.V.
 1. Vorsitzender: Andreas Decher
 2. Vorsitzender: Andreas Spiß



Anmeldebogen Familienzentrum Kleine Strolche

1	Anmeldung		Aufnahmewunsch	
	Name des Kindes		Geburtstag	
	Betreuungszeit	<input type="checkbox"/> 25 Std. <input type="checkbox"/> 35. Std. <input type="checkbox"/> 35 Std. Block <input type="checkbox"/> 45. Std.		
	Nationalität		Familiensprache	
	Anschrift		Konfession	
			Telefon	
2	1. Erziehungsberechtigte Person			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
	Beruf			
	2. Erziehungsberechtigte Person			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Konfession		Nationalität	
	Beruf			
3	Weitere Angaben			
	Zahl der im Haushalt lebenden Geschwisterkinder unter 18*			
	Alter der Geschwisterkinder / Geburtsdatum			
	Wächst das Kind anderssprachig auf?	<input type="checkbox"/>		
	Stammt ein Elternteil aus einem ausl. Herkunftsland?	<input type="checkbox"/>		
	Das Kind ist krankenversichert bei			
4	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung			
	Der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes wird spätestens bei Abschluss des Betreuungsvertrages gegenüber dem Träger der Tageseinrichtung für Kinder (gegebenenfalls der Leiterin/dem Leiter*) durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung erbracht.			
5	Haben Sie über die Öffnungszeit hinaus Betreuungsbedarf?			
6	Bemerkungen			
7	Jugendamt			
	*Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten (Name, Geburtsdatum und Wohnort) unseres/meines Kindes _____ zu Planungszwecken / Feststellung des Bedarfs an Kindergartenplätze dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.			

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r

Erziehungsberechtigte/r