

# Aufnahmeantrag

## Kinderkrippe Rhaudefehn

Ich/Wir beantragen die Aufnahme meines/unseres Kindes ab \_\_\_\_\_.

Hinweis: Bitte denken Sie daran, bei der Nennung des Aufnahmewunschdatums eine Eingewöhnungszeit von 2 – 4 Wochen einzuplanen!

| <b>Angaben zum Kind</b>       |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| Name, Vorname:                |                      |
| Geburtsdatum:                 |                      |
| Anschrift:                    |                      |
| Religion: (Angabe freiwillig) | Staatsangehörigkeit: |

| <b>Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten</b>    |  |
|--|--|
| Name und Vorname des Vaters:                   |  |
| Anschrift:                                     |  |
| Staatszugehörigkeit:                           |  |
| Beruf (Angabe freiwillig):                     |  |
| Derzeitige Anstellung bei: (Angabe freiwillig) |  |
| Name und Vorname der Mutter:                   |  |
| Anschrift:                                     |  |
| Staatszugehörigkeit:                           |  |
| Beruf (Angabe freiwillig):                     |  |
| Derzeitige Anstellung bei: (Angabe freiwillig) |  |
| Wer ist ggf. allein sorgeberechtigt:           |  |

Telefonnummer, unter der ein Sorgeberechtigter tagsüber erreichbar ist und im Regelfall in dringenden Fällen gerufen werden kann:

|               |     |     |     |     |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| Telefonnummer | von | Uhr | bis | Uhr |
| Telefonnummer | von | Uhr | bis | Uhr |

| <b>Geschwister des Kindes:</b> |       |
|--------------------------------|-------|
| Name                           | Alter |
| Name                           | Alter |
| Name                           | Alter |
| Name                           | Alter |
| Name                           | Alter |

| <b>Gesundheitsangaben:</b>   |
|--|
| Hausarzt:  |
| Krankenkasse:  |
| Versichert bei: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter |
| Derzeitige chronische Krankheiten des Kindes:                                  |
| Abgeschlossene oder laufende Therapien:  |

| <b>Betreuungswunsch:</b>   |  |
|--|--|
| Regelbetreuung (4 Std-Betreuung):<br><input type="checkbox"/> vormittags: 8.00 Uhr – 12.00 Uhr | Sonderbetreuung:<br><input type="checkbox"/> von 7.30 Uhr bis 8.00 Uhr   |
| Regelbetreuung (5 Std-Betreuung):<br><input type="checkbox"/> vormittags: 8.00 Uhr – 13.00 Uhr | Sonderbetreuung:<br><input type="checkbox"/> von 7.30 Uhr bis 8.00 Uhr<br><input type="checkbox"/> von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr (unter Vorbehalt) |

Bitte informieren Sie die Kindergartenleitung bei Veränderungen der obigen Daten!

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Ort und Datum                      |                                    |
| Unterschrift der Sorgeberechtigten | Unterschrift des Sorgeberechtigten |