

Katholische Kindertageseinrichtung St. Heinrich

Anmeldebogen

1. Angaben zum Kind:		
Nachname:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Handy:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Taufdatum:		
Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <input type="checkbox"/> keine		
Nationalität: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> und/oder:		Migrationshintergrund?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl der Geschwister und Geburtsjahre:		
2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten:		
Mutter Name:	Vater Name:	
Vorname:	Vorname:	
Straße:	Straße:	
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:	
Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:	
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	
Familienstand:	Familienstand:	
Beruf:	Beruf:	
Arbeitszeit:	Arbeitszeit:	
Arbeitsort:	Arbeitsort:	
Konfession:	Konfession:	
Herkunftsland:	Herkunftsland:	
Nationalität:	Nationalität:	
Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Sonstige:	Zugehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Das Kind lebt im Haushalt von: beiden Erziehungsberechtigten: <input type="checkbox"/>		
Mutter: <input type="checkbox"/>	Vater: <input type="checkbox"/>	anderen Personen: _____

3. Erweiterte Daten zum Kind			
Vorrangige Familiensprache: <input type="checkbox"/> deutsch: oder:			
Kann das Kind deutsch sprechen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig			
Kann das Kind deutsch verstehen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig			
Gesundheitsprobleme, Allergien: : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche?:			
Hat das Kind bisher Förderung oder Therapien erhalten?: <input type="checkbox"/> Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> sonstige:			
4. Betreuungszeiten:			
Bitte kreuzen Sie das gewünschte Wochenstundenkontingent und eine Alternative an:			
Erstwunsch		Öffnungszeiten	Alternative:
<input type="checkbox"/>	25 Wochenstunden	Mo-Fr 7:30-12:30	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden Block	Mo-Fr 7:00-14:00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	45 Wochenstunden	Mo-Do 7:00-16:30 Fr 7.00-14:00	<input type="checkbox"/>
Ab wann wird der Platz benötigt:			
Begründung für eine dringende Aufnahme:			
Besucht bereits ein Geschwisterkind eine Einrichtung?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5. Sonstiges:			
Sonstiges:			
Mir / uns ist bekannt, dass nach § 12 Kinderbildungsgesetz und im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Kommune, dem Kreis, dem Landschaftsverband Westfalen Lippe und den Kindertageseinrichtungen der Stadt, personenbezogene Anmeldedaten zur Bedarfsplanung ausgetauscht werden.			
Ich/wir sind damit einverstanden, dass von der Einrichtungsleitung die notwendigen personenbezogenen Daten in das örtliche Anmeldesystem Little Bird, Kita Navigator, IPIKAN übertragen werden, sofern ich/wir dieses nicht selber übernehmen			

Ort/Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Unterschrift der Erziehungsberechtigten