



## Anmeldung KINDERKRIPPE

### Angaben zum Kind

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum / Ort: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Krankheiten / Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Trägt mein Kind noch Windeln? \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind bereits eine Kinderkrippe/ Krabbelgruppe? \_\_\_\_\_

Wer holt das Kind ab? \_\_\_\_\_

Haben Sie Bedenken wegen der Entwicklung ihres Kindes:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Bereich? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind bereits in einer therapeutischen Behandlung: (Logopädie, Ergotherapie, Physio...)

\_\_\_\_\_

### Angaben der Eltern

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt: ☐ Ja ☐ Nein      alleinerziehend ☐ Ja ☐ Nein



Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt: ☐ Ja ☐ Nein      alleinerziehend    ☐ Ja    ☐ Nein

Familienstand: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Zweitnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Zahlungspflichtiger:    ☐ Mutter    ☐ Vater    sonstiger: \_\_\_\_\_

**Besuchsvarianten (bitte ankreuzen)**

Mittagessen:    ☐

Vormittagsbetreuung von 07.00 – 12.00 Uhr:

☐ 2 Tage    ☐ 3 Tage

☐ 4 Tage    ☐ 5 Tage

Vormittagsbetreuung von 07.00 – 13.00 Uhr:

☐ 2 Tage    ☐ 3 Tage

☐ 4 Tage    ☐ 5 Tage

Betreuung von 07.00 – 15.00 Uhr:

☐ 2 Tage    ☐ 3 Tage

☐ 4 Tage    ☐ 5 Tage

Betreuung von 07.00 – 17.00 Uhr:

☐ 2 Tage    ☐ 3 Tage

☐ 4 Tage    ☐ 5 Tage

Die Anmeldung für den Kinderkrippenplatz Ihres Kindes ist verbindlich.

.....

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten