

Name und Anschrift der Einrichtung



**Kindergarten  
Familienzentrum**

Christlicher Kindergartenverein Wassenberg e.V.

Name und Anschrift des Trägers

Christlicher Kindergartenverein Wassenberg e.V.  
Pfaderstraße 4  
41849 Wassenberg  
Vorsitzender: Hermann Zohren  
Telefon: 02432/5732

Am Neumarkt 23-25 . 41849 Wassenberg  
Leiterin: Anna Tripke  
Telefon: 02432/6790 Fax: 02432/907779  
E-mail: info@kiga-apfelbaum.de  
Homepage: www.kiga-apfelbaum.de

## Anmeldebogen

<b>1</b>	<b>Anmeldung</b>		<b>Aufnahmewunsch</b>	
	Name des Kindes		Geburtstag	
	Betreuungsart	Vormittags- und Nachmittagsbetreuung (ohne Mittag)	35 Stunden	
		Ganztagsbetreuung mit Mittagsbetreuung (von 7.15 – 17.00 Uhr)	45 Stunden	
		als Kind unter drei Jahren (ohne Mittagsbetreuung) (von 7.15 – 17.00 Uhr)	35 Stunden 45 Stunden	
		Integrativ (von 7.15 – 17.00 Uhr)	45 Stunden	
		Spielgruppe (die. 14.00 -16.00 Uhr u. do. 9.00 – 12.00 Uhr)	5 Stunden	
	Konfession		Nationalität	
	Anschrift		Telefon	E-mail
<b>2</b>	<b>1. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Beruf		Nationalität	
	<b>2. Erziehungsberechtigte Person</b>			
	Name		Geburtstag	
	Anschrift		Telefon	
	Beruf		Nationalität	
	Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend		
<b>3</b>	<b>Weitere Angaben</b>			
	Zahl der im Haushalt lebenden Geschwisterkinder unter 18 und Geburtsjahr			
	Wächst das Kind anderssprachig auf?			
	Das Kind ist krankenversichert bei		Kinderarzt:	
	Stammt ein Elternteil aus einem ausl. Herkunftsland?			
<b>4</b>	<b>Gesundheitsvorsorgeuntersuchung</b>			
	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 und des Impfausweises für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen.			
<b>5</b>	<b>Bemerkungen</b>			
<b>6</b>	<b>Jugendamt</b>			
	*Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten (Name, Geburtsdatum und Wohnort) unseres/meines Kindes ..... zu Planungszwecken / Feststellung des Bedarf an Kindergartenplätze dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.			

Ort/Datum

Erziehungsberechtigte/r

Erziehungsberechtigte/r

\* Diese Angaben sind freiwillig/Nichtzutreffendes bitte streichen

Hinweis zum Datenschutz: Alle Angaben werden ausschließlich vom Träger für Tageseinrichtungen für Kinder benutzt.