

Anmeldebogen

1. Angaben zum Kind:		
Nachname:	Vorname:	
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:		
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	geflüchtetes Kind: <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: <input type="checkbox"/> 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:				
Masernimmunität wurde nachgewiesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Masernschutzimpfung: <input type="checkbox"/> 1. & 2. Impfung wurden durchgeführt <input type="checkbox"/> 2. Impfung fehlt <input type="checkbox"/> keine Impfung wurde bisher durchgeführt <input type="checkbox"/> eine Kontraindikation liegt vor, sodass nicht geimpft werden kann				
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	Alternative:	Öffnungszeiten	Betreuungsbedarf/ Wunsch, bitte eintragen	Öffnungszeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Wochenstunden		Mo-Fr 7:30-12:30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden geteilt		Mo-Fr 7:30-12:30 Mo-Do 14:00-16:30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 Wochenstunden Block		Mo-Fr 7:15-14:15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45 Wochenstunden		Mo-Do 7:00-16:30 Fr 7.00-15:15
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				

