

Anmeldeformular Kita CREDOLINO

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular möglichst vollständig aus. Mit dieser Voranmeldung werden Sie auf die Warteliste der Kita aufgenommen.
Eine verbindliche Platzzusage erfolgt in schriftlicher Form.



Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Geschlecht: männlich weiblich Geburtsland: _____
Muttersprache: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Konfession: _____ Straße: _____
Kind wohnt bei: beiden Eltern Hausnummer (Zusatz) _____
 Mutter Vater
Stadtteil: _____ PLZ, Ort: _____

Geschwister

ja nein Anzahl: _____
Vorname: _____ Alter: _____ Besucht das Kind unsere Einrichtung _____
Vorname: _____ Alter: _____ Besucht das Kind unsere Einrichtung _____

Mutter

sorgeberechtigt alleinerziehend
Vorname: _____ Name: _____
Straße: _____ Geburtsort: _____
Hausnummer: _____ Geburtsland: _____
PLZ, Ort: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Tel. privat. _____ Ausbildung: ja nein geplant
Tel. mobil. _____ Berufstätigkeit: ja nein geplant
Tel. geschäft: _____ Beruf/Arbeitgeber/ Ausbildungsstätte: _____
E-Mail: _____
Familienstand: verheiratet
 geschieden getrenntlebend
 ledig verwitwet
Straße, Hausnr: _____
PLZ, Ort : _____
Arbeitszeiten: von _____ bis _____ Uhr

Vater

Vorname: _____

Straße: _____

Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. privat. _____

Tel. mobil. _____

Tel. geschäft: _____

E-Mail: _____

Familienstand: verheiratet geschieden getrenntlebend ledig verwitwet sorgeberechtigt alleinerziehend

Name: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ausbildung: ja nein geplantBerufstätigkeit: ja nein geplant

Beruf/Arbeitgeber/ Ausbildungsstätte: _____

Straße, Hausnr: _____

PLZ, Ort : _____

Arbeitszeiten: von _____ bis _____ Uhr

Angaben zur Betreuung

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Gewünschte Buchungszeit: Mo. von _____ bis _____ Do. von _____ bis _____ Di. von _____ bis _____ Fr. von _____ bis _____ Mi. von _____ bis _____ Gesamt _____ St./Woche**Verpflegung:** Frühstück Mittagsessen Snack am Nachmittag Integrationsplatz / Einzelintegrationsmaßnahme Anerkennung nach § 53 SGB XIIBesuchte das Kind bereits eine Kita? ja, ab dem _____ nein

Das Kind ist noch in folgenden anderen Einrichtungen angemeldet: _____

Leidet Ihr Kind unter Allergien? Wenn ja welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Besondere Fördermaßnahmen /Therapien: _____

Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Anmerkungen: _____

Erklärung: Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die gemachten Angaben zum Zwecke der Platzvergabe elektronisch erfasst und an Kindertagesstätten in der Stadt Augsburg weitergegeben werden dürfen. Alle Änderungen, z.B. Wegzug, Umzug, Änderung der persönlichen Angaben sind unverzüglich mitzuteilen. Mir/uns ist bewusst, dass bei Falschangaben der Platz jederzeit seitens des Trägers gekündigt werden kann. Ich/Wir erkläre/n die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Augsburg, den _____ .201__

Unterschrift des/der Erziehungs-/Sorgeberechtigten/er