

Anmeldebogen

Familienzentrum St. Severinus Wenden

Wendebachstraße 10

57482 Wenden

Träger: Kath. Kindertageseinrichtungen Siegerland-Südsauerland gem. GmbH



Katholische
Kindertageseinrichtungen
Siegerland-Südsauerland gem. GmbH



1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____

Nachname: _____ PLZ: _____

Geburtsdatum: _____ Ort/Ortsteil: _____

Geburtsort: _____ Geschlecht m w div.

Geflüchtetes Kind ja nein

Nationalität: _____ Familienstand der Eltern: _____

Konfession: _____ Familiensprache: _____

3. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes
Aufnahmedatum: _____ / _____ (Monat/ Jahr)

Gewünschte
Betreuungszeit: 25 WSt. 35 WSt. 35 WSt. (Blockzeit) 45 WSt. Mittagessen in
der Einrichtung: Ja

Benötigen Sie eine Betreuung außerhalb der
Öffnungszeiten? nein ja und zwar zu folgenden Zeiten: _____

4. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten/ Abholberechtigten

Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter: _____

Straße/Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

berufstätig nein ja geplant zum: _____

Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter: _____

Straße/Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

berufstätig nein ja geplant zum: _____

Geschwister: Ja Nein Anzahl: _____ Alter: _____

* Ich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten unseres/ meines Kindes (Name, Geburtsdatum und Wohnort) zu Planungszwecken bzw. Feststellung des Bedarfes an Kindergartenplätzen dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden.

Datum, Ort und Unterschrift
der/ des Erziehungsberechtigten: _____