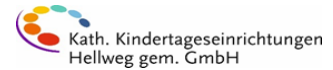


# Interessensbekundung zur Online Anmeldung



Kath. Kindertageseinrichtung St. Josef, Wickede (Familienzentrum i.V.)

Friedhofstr.19

58739 Wickede (Ruhr)

Träger: Kath. Kindertageseinrichtungen Hellweg gem. GmbH



## 1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  divers Familienstand der Eltern: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Familiensprache: \_\_\_\_\_

## 3. Besondere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten

Allergien: \_\_\_\_\_ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
Krankheiten: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
Benötigt/ Bekommt Ihr Kind bestimmte Unterstützung: \_\_\_\_\_

## 4. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)  
Gewünschte Betreuungszeit:  25 WSt.  35 WSt.  35 WSt. (Blockzeit)  45 WSt. Mittagessen in der Einrichtung:  Ja  
Haben Sie für Ihr Kind über unsere Öffnungszeiten hinaus einen Betreuungsbedarf: Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_  
Wenn Ja, welchen: \_\_\_\_\_

## 5. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten/ Abholberechtigten

**Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Heimatkultur: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
berufstätig: \_\_\_\_\_ Wenn berufstätig: mit wie vielen Wochenstunden \_\_\_\_\_;  
an welchen Tagen: MO-DI-MI-DO-FR-SA-SO; Wie weit müssen Sie zur Arbeit fahren? \_\_\_\_\_ km

**Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter:** \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Heimatkultur: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
berufstätig: \_\_\_\_\_ Wenn berufstätig: mit wie vielen Wochenstunden \_\_\_\_\_;  
an welchen Tagen: MO-DI-MI-DO-FR-SA-SO; Wie weit müssen Sie zur Arbeit fahren? \_\_\_\_\_ km

Geschwister:  Ja  Nein Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Geschwisterkind ist bereits in einer Einrichtung: Ja: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_\_

\* Ich/ Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten unseres/ meines Kindes (Name, Geburtsdatum und Wohnort) zu Planungszwecken bzw. Feststellung des Bedarfes an Kindergartenplätzen unter Berücksichtigung unserer Aufnahmekriterien verwendet werden dürfen. Bei Nichtaufnahme vernichten wir diesen Formular.

Datum, Ort und Unterschrift  
der/ des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

