

Anmeldebogen

Kindertagesstätte Im Sonnenwinkel
Triftstraße 17
56379 Winden
Tel. 02604-4611
kita-winden@vgben.de



Träger: _____

1. Name und Anschrift des Kindes

Vorname: _____ Straße/Nr.: _____
Nachname: _____ PLZ: _____
Geburtsort: _____ Ort: _____

2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____ Nationalität: _____
Geschlecht: männlich weiblich Familienstand der Eltern: _____
Konfession: _____ Familiensprache: _____

3. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes
Aufnahmedatum: _____ / _____ (Monat/ Jahr)

Gewünschte Betreuungszeit:

- Regelplatz: 7:00 - 14:00 Uhr mit Mittagessen Ganztagsplatz: 7:00 - 16:00 Uhr mit Mittagessen
 Krippenplatz: 7:00 - 16:00 Uhr mit Mittagessen (Kinder unter 2 Jahren)

Die Vergabe der Ganztagsplätze ist, je nach Verfügbarkeit, an Kriterien wie Berufstätigkeit od. Ausbildung der Eltern gekoppelt, sowie durch besondere familiäre Situationen bedingt.

4. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten

Vorname, Name 1. Erziehungsberechtigter: _____

Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____
Nationalität: _____ Beruf: _____

Vorname, Name 2. Erziehungsberechtigter: _____

Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____
Nationalität: _____ Beruf: _____

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: _____