

FIII- 2.2.1. Anmeldebogen



Kreisverband
für die Region
Osnabrück e.V.

AWO-Kita Wiesenwichtel
Schulstraße 20
49205 Hasbergen
Tel. 05405/60273
Fax: 05405/806218
kita.wiesenwichtel@awo-os.de

Anmeldung
(Monat/Jahr)

Kindergartenanmeldung

mit Mittagessen ja nein
(ab einer Betreuung bis mind. 13.30 Uhr möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vormittagsgruppe 08.00 – 12.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Betreuung 12.00 – 13.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Betreuung 07.30 – 08.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Betreuung 12.00 – 14.00 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Betreuung 12.00 – 12.30 Uhr | <input type="checkbox"/> Betreuung 12.00 – 14.30 Uhr |
| <input type="checkbox"/> Betreuung 12.00 – 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> Betreuung 12.00 – 15.00 Uhr |
- Integrationsplatz

Kind:	

Vor-/ Nachname	
_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort
_____	_____
Strasse	Staatsangehörigkeit Religion
_____	_____
PLZ, Wohnort	Familiensprache
_____	_____

*** Bitte ausfüllen bei Abweichungen der Stammdaten des Kindes**

Mutter:	

Vor-/Nachname	
_____	<input type="checkbox"/> in Ehe/Partnerschaft lebend
Strasse*	<input type="checkbox"/> alleinerziehend
_____	<input type="checkbox"/> Sorgerecht <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht
PLZ, Wohnort*	Berufstätig o Ja o Nein
_____	o Vollzeit o Teilzeit o Elternzeit
Telefon (privat) / Handy	_____
_____	Arbeitgeber
E- Mailadresse	_____
_____	Telefon (dienstlich)

FIII- 2.2.1. Anmeldebogen



Kreisverband
für die Region
Osnabrück e.V.

Vater:	

Vor-/ Nachname	
_____	<input type="checkbox"/> in Ehe/Partnerschaft lebend
Strasse*	<input type="checkbox"/> alleinerziehend
_____	<input type="checkbox"/> Sorgerecht <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht
PLZ, Wohnort*	Berufstätig o Ja o Nein
_____	o Vollzeit o Teilzeit o Elternzeit
Telefon (privat) / Handy	_____
_____	Arbeitgeber
E- Mailadresse	_____
_____	Telefon (dienstlich)

<u>Geschwister:</u>	
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum

Personensorgeberechtigte:.....

Krankenkasse:.....

Hausarzt/Kinderarzt:.....

.....

Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand / Allergien / Besonderheiten des Kindes:

.....

.....

Ihre Daten werden per EDV erfasst, gespeichert und verarbeitet. Die Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Außenstehende weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Eingegangen am: _____

Unterschrift Einrichtungsleitung