

Anmeldebogen



Städtische Kindertagesstätte Haus des Kindes

Mühlenstraße 7

56170 Bendorf

Träger der Kindertagesstätte: Stadt Bendorf, Im Stadtpark 1-2, 56170 Bendorf

1. Name und Anschrift des Kindes

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

2. Angaben zum Kind

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ Nationalität: _____
Geschlecht: ml. wbl. div. Familienstand
der Eltern: _____
Konfession: _____ Familiensprache: _____

3. Angaben zum Betreuungswunsch

Gewünschtes
Aufnahmedatum: ____ / ____
Monat Jahr
Gewünschte
Betreuungszeit: 7 Std.- Platz GT - Platz

4. Angaben zur Familie/ Sorgeberechtigten

Vorname, Name (MUTTER): _____
Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____
Nationalität: _____ Herkunftsland: _____ Beruf: _____

Vorname, Name (VATER): _____
Straße/Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ: _____ Ort: _____ Handy: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: _____ Email: _____
Nationalität: _____ Herkunftsland: _____ 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: _____

Informationen zur Betreuungszeit:

7 Stunden Platz für Kinder von 3 - 6 Jahren = 7.00 - 14.00 Uhr

7 Stunden im Nestbereich = variabel

GT- Platz = in der Zeit von 7.00 - 16.30 Uhr (Erweiterung für Berufstätige bis 17.00 Uhr)