

Gewünschte Betreuungszeit

☐ 25 Std./W. ☐ 30 Std./W. ☐ 35 Std./W. ☐ 40 Std./W. ☐ 45 Std./W. ☐ U3-Platz

Vor- und Zuname des Kindes:

☐ Divers ☐ Mädchen ☐ Junge

Geb.-Datum: _____

Geb.-Ort: _____

Nationalität: _____

Welche Sprachen spricht Ihr Kind: _____ deutsch: ☐ ja ☐ nein

Anzahl der Geschwister: _____ davon besuchen die Einrichtung: _____

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Name des Vaters: _____

geb. am: _____

Beruf/wöchl. Arbeitszeit: _____ / _____

z.z. im Erziehungsurlaub ☐ ja ☐ nein

Name der Mutter: _____

geb. am: _____

Beruf/wöchl. Arbeitszeit: _____ / _____

z.z. im Erziehungsurlaub ☐ ja ☐ nein

Anschrift der Personensorgeberechtigten:

Straße: _____

PLZ, Ort, Ortsteil: _____

Telefon, Mobil: _____

E-Mail: _____

Sind Sie alleinlebend mit Kind?

☐ ja

☐ nein

Liegt bei Ihrem Kind eine
Behinderung oder
Entwicklungsverzögerung vor?*

☐ ja

☐ nein

Körperliche Auffälligkeiten/chronische Krankheiten

☐ ja

☐ nein

Allergien

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: _____

Wünsche und Erwartungen an die Einrichtung (bei Inklusionskinder) *

* Wenn ja, bitte auf gesondertem Blatt erläutern

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte