# Anmeldung / Vertragsgespräch

Kreisverband Rhein-Oberberg e.V.
Helfen mit Herz.

**Gewünschte Betreuungszeit**

☐ 25 Std./W. ☐ 35 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 Aufnahmetermin:** _____

**Name des Vaters:** _____ geb. am: _____

Beruf/wöchtl. Arbeitszeit: _____ / _____

z.z. im Erziehungsurlaub ☐ ja ☐ nein

**Name der Mutter**: _____ geb. am: _____

Beruf/wöchtl. 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