Anmeldebogen

Kath. KiTa & Familienzentrum St. Martin

der/ des Erziehungsberechtigten:

Girondelle 92

	KIT	3
- THE RES	DII	a I C
100	TLU)

14799 Bochum Ггäger: KiTa Zweckv	rerband im Bistum Ess			cht am:durch:		Eingetragen in KiTa Plus am:
I. Name und Ansch	rift des Kindes					
Vorname:				Straße/Nr.:		
Nachname:				PLZ/ Ort:		
Geburtsort:				Stadtteil:		
2. Angaben zum Ki	nd					
Geburtsdatum:		I		Nationalität:		
Geschlecht:	männlich	weiblich		Familienstand der Eltern:		
Konfession:				Familiensprache:	1.	
Geflüchtetes Kind:	∐ ja	nein			2.	
3. Besondere Hinw	eise zur Gesundheit/	Allergien/ Unverträ	iglichkeiten			
Allergien:				Unverträglich- keiten:	The second secon	
Krankheiten:				Medikamente:		
Mankheiten.				Krankenkasse:		
Kinderarzt:	treuungswunsch					
Kinderarzt: . Angaben zum Be Gewünschtes	etreuungswunsch	ſ		(Monat/ Jahr)		
Kinderarzt: Angaben zum Be Gewünschtes aufnahmedatum: Gewünschte	etreuungswunsch	/ 35 WSt.			☐ 45 WSt.	Mittagessen in der Einrichtung:
Kinderarzt: Angaben zum Be Gewünschtes aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit:		☐ 35 WSt.	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr)	☐ 45 WSt.	
Kinderarzt: Angaben zum Bestewünschtes ufnahmedatum: sewünschte etreuungszeit: Angaben zur Fan	25 WSt.	35 WSt.	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr)	□ 45 WSt.	
Kinderarzt: Angaben zum Besewünschtes ufnahmedatum: Sewünschte setreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1.	☐ 25 WSt.	35 WSt.	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr)	45 WSt.	
Kinderarzt: Angaben zum Besewünschtes ufnahmedatum: Sewünschte etereuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1.	☐ 25 WSt.	☐ 35 WSt. ten/ Abholberechtig ter:	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)		
Kinderarzt: Angaben zum Be Gewünschtes Aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1. Straße/Nr.:	☐ 25 WSt.	☐ 35 WSt. ten/ Abholberechtig ter:	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon:	
Kinderarzt: Angaben zum Be Gewünschtes Aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum:	☐ 25 WSt.	35 WSt. ten/ Abholberechtig gter: Ort	35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon:	
Kinderarzt: Angaben zum Be Gewünschtes aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum: Nationalität:	☐ 25 WSt.	35 WSt. ten/ Abholberechtiq gter: Ort Konfession Beruf	35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon: Handy: Email:	der Einrichtung:
Kinderarzt: Angaben zum Bei Gewünschtes aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum: Nationalität: Vorname, Name 2.	☐ 25 WSt. nilie/ Sorgeberechtigt Erziehungsberechtig	35 WSt. ten/ Abholberechtiq gter: Ort Konfession Beruf	35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon: Handy: Email:	der Einrichtung:
Kinderarzt: Angaben zum Bestewünschtes Aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fant Vorname, Name 1. Straße/Nr.: Geburtsdatum: Nationalität: Vorname, Name 2. Straße/Nr.:	☐ 25 WSt. nilie/ Sorgeberechtigt Erziehungsberechtig	aten/ Abholberechtig gter: Ort Konfession Beruf	35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon: Handy: Email: Berufstätig:	der Einrichtung:
Kinderarzt: Angaben zum Besewünschtes Aufnahmedatum: Bewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum: Nationalität: Vorname, Name 2. Straße/Nr.:	☐ 25 WSt. nilie/ Sorgeberechtigt Erziehungsberechtig	35 WSt. ten/ Abholberechtiq gter: Ort Konfession Beruf gter:	35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon: Handy: Email: Berufstätig: Telefon:	der Einrichtung:
Kinderarzt: Angaben zum Bestewünschtes aufnahmedatum: Gewünschte betreuungszeit: Angaben zur Fant/orname, Name 1. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum: Nationalität: Vorname, Name 2. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum:	25 WSt. nilie/ Sorgeberechtigt Erziehungsberechtig	35 WSt. ten/ Abholberechtiq gter: Ort Konfession Beruf gter:	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon: Handy: Email: Berufstätig: Telefon: Handy:	der Einrichtung:
Kinderarzt: Angaben zum Be Gewünschtes Aufnahmedatum: Gewünschte Betreuungszeit: Angaben zur Fan Vorname, Name 1. Straße/Nr.: PLZ: Geburtsdatum: Nationalität:	25 WSt. nilie/ Sorgeberechtigt Erziehungsberechtig Erziehungsberechtig	35 WSt. ten/ Abholberechtig gter: Ort Konfession Beruf Ort Konfession	☐ 35 WSt.	(Monat/ Jahr) . (Blockzeit)	Telefon: Handy: Email: Berufstätig: Telefon: Handy: Email:	der Einrichtung: