



## Anmeldeformular

### Katholischer Kindergarten St. Andreas

**Anmeldung** zum 01.08 20\_\_\_\_ für:

35 Stunden 07:00-14:00 Uhr Blockplatz (inkl. Mittagsverpflegung)

45 Stunden 07:00-16:00 Uhr/Freitag bis 16:00 Uhr (inkl. Mittagsverpflegung)

#### Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_ Fam.-Sprache: \_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### 1. Erziehungsberechtigte\*r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## 2. Erziehungsberechtigte\*r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Geschwister (Name, Geb.-datum)

\_\_\_\_\_

### Anmerkungen

Besonderheiten zu:

Sprache: \_\_\_\_\_

Gehör: \_\_\_\_\_

Sehkraft: \_\_\_\_\_

Erkrankungen/ Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht Betreuungsbedarf über die Kita-Öffnungszeiten hinaus?

\_\_\_\_\_

Leverkusen, den \_\_\_\_\_

Unterschriften: \_\_\_\_\_