

# Kindergarten St. Martin Burggrumbach

Am Burggraben 9

97294 Burggrumbach

Tel. 09367/ 8679

E- Mail: info@kiga-burggrumbach.de



## Anmeldebogen

### Angaben zum Kind

<b>Familienname:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>	<b>Geschlecht</b>	<input type="text"/>
<b>Straße:</b>	<input type="text"/>	<b>Geburtstag</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ, Ort:</b>	<input type="text"/>	<b>Geburtsort</b>	<input type="text"/>
<b>Ortsteil:</b>	<input type="text"/>		
<b>Konfession:</b>	<input type="text"/>		
<b>Staats- angehörigkeit</b>	<input type="text"/>	<b>gewünschtes Aufnahmedatum</b>	<input type="text"/>
<b>Muttersprache</b>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
<b>Bereits besuchte Einrichtung(en):</b>	<input type="text"/>		

### Berechtigungen

<b>Abholberechtigte (Name und Telefonnummer):</b>
<input type="text"/>
<b>Sorge-/ Besuchsrecht:</b>
<input type="text"/>

### Geschwister

<b>Anzahl:</b>	<input type="text"/>		
	<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>geboren:</b> <input type="text"/>
	<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>geboren:</b> <input type="text"/>
	<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>geboren:</b> <input type="text"/>

### Angaben zur Eingliederungshilfe nach SGB XII/ SGB VIII

Bescheinigung über eine Behinderung liegt vor:

Nein       Ja, gültig bis:

Aufgrund:     körperlicher Behinderung     geistiger Behinderung  
 drohender oder seelischer Behinderung

### Gesundheit:

Hausarzt (Name und Anschrift):

---

Krankenkasse:

---

Gesundheitliche Besonderheiten,  
Allergien:

---

Was ist zu tun?

---

Letzte Tetanusimpfung:

---

Nachweise zum Impfstatus     Masern \_\_\_\_\_  
(wird vom Personal ausgefüllt)     Tetanus

### Angaben zu den Eltern

#### Mutter

Erziehungsberechtigt  Alleinerziehend  Beitragszahler  Postempfänger

<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon Arbeit</b>	<input type="text"/>
<b>Straße:</b>	<input type="text"/>	<b>Handy</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ, Ort:</b>	<input type="text"/>	<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>
<b>Ortsteil:</b>	<input type="text"/>		
<b>Beruf:</b>	<input type="text"/>		
<b>Geburtstag</b>	<input type="text"/>		
<b>Familienstand</b>	<input type="text"/>		
<b>Konfession</b>	<input type="text"/>		
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<input type="text"/>		
<b>ggf. 2. Staatsang.</b>	<input type="text"/>		

#### Vater

Erziehungsberechtigt  Alleinerziehend  Beitragszahler  Postempfänger

<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon Arbeit</b>	<input type="text"/>
<b>Straße:</b>	<input type="text"/>	<b>Handy</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ, Ort:</b>	<input type="text"/>	<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>
<b>Ortsteil:</b>	<input type="text"/>		
<b>Beruf:</b>	<input type="text"/>		
<b>Geburtstag</b>	<input type="text"/>		
<b>Familienstand</b>	<input type="text"/>		
<b>Konfession</b>	<input type="text"/>		
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<input type="text"/>		
<b>ggf. 2. Staatsang.</b>	<input type="text"/>		

### Kontodaten für die Beitragszahlung

IBAN: <input style="width: 90%;" type="text"/>	BIC: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Kontoinhaber (falls abweichend): <input style="width: 95%;" type="text"/>	

### Betreuungsbuchung

<b>Buchung ab (Datum):</b> <input style="width: 80%;" type="text"/>	<b>bis:</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	<b>Von (Uhrzeit)</b> Mo-Fr ab 7:30 Uhr möglich	<b>Bis (Uhrzeit)</b> Mo-Do bis 16 Uhr; Fr bis 14 Uhr
<b>MONTAG</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>DIENSTAG</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>MITTWOCH</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>DONNERSTAG</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>FREITAG</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

### Angaben zur Gewichtung (wird vom Personal ausgefüllt)

- Schulkind     Migration (beide Eltern nicht- deutschsprachiger Herkunft)
- Vorliegende Behinderung oder von Behinderung bedroht (Nachweis nötig!)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte