



KATH. KINDERTAGESSTÄTTE  
**ST. NORBERTUS**  
Frankenring 108 · 47798 Krefeld  
Telefon: 02151 772 862  
kita-st.norbertus@t-online.de

## Anmeldebogen

Aufnahmewunsch (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

### Personalien des Kindes

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Geschwister Anzahl \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Ich wünsche mir folgende Betreuungszeit für mein Kind:

- 35 Std. (Montag – Freitag 7.00- 14.00 Uhr inkl. Mittagessen)
- 35 Std. (Montag – Freitag 7.30- 12.30 und 14.00 – 16.00 Uhr)
- 45 Std. (Montag – Freitag 7.00- 16.00 Uhr inkl. Mittagessen)
- Zusätzlicher Betreuungsbedarf: \_\_\_\_\_

Personalien der Mutter

**Familienname/Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Nationalität** \_\_\_\_\_ **Konfession** \_\_\_\_\_

**Familienstand**  Verheiratet  Allein stehend  zusammenlebend

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Telefon** privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Personalien des Vaters

**Familienname/Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Nationalität** \_\_\_\_\_ **Konfession** \_\_\_\_\_

**Familienstand**  Verheiratet  Allein stehend  zusammenlebend

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Telefon** privat \_\_\_\_\_ dienstlich \_\_\_\_\_

Bemerkungen (Allergien, Krankheiten, Dringlichkeit der Aufnahme...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werden der Einrichtung umgehend mitgeteilt. Ich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten meines/unseres Kindes (Name, Adresse, Geburtsdatum) an das Jugendamt und das Gesundheitsamt weitergegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r