

# Anmeldung

(Grundsätzlich gilt eine Mindestbuchungszeit von 30 Std. / Wo.)

## Angaben zum Kind

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

In der Familie vorwiegend gesprochene Sprache: \_\_\_\_\_

Wurde oder wird das oben genannte Kind bereits in einer Betreuungseinrichtung betreut  
(Wechsel der Betreuung, z.B. Tagespflegeperson, Krippe etc.)?

Ja , bei/ in \_\_\_\_\_ nein

Gewünschtes Datum der Aufnahme: \_\_\_\_\_

## Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Alleinerziehend: ja  nein

**Mutter:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Berufstätigkeit: Vollzeit  Teilzeit  nicht berufstätig

Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vater:** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Berufstätigkeit: Vollzeit  Teilzeit  nicht berufstätig

Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder in der Familie \_\_\_\_\_ Kind(er)

## Betreuungsbedarf

Mo - Fr ab \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

## Was sollten wir noch wissen?

(z.B. chronische Krankheiten des Kindes, Dringlichkeitsgründe für die Aufnahme, Ende der Elternzeit, ...)?

---

---

Allergien oder andere Empfindlichkeiten (Krankheiten, Nahrungsmittel Unverträglichkeiten):

---

Behinderung/Entwicklungsverzögerung/Unterstützungsbedarf:

---

Ist das Kind geimpft?  Ja  Nein

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Letzte Masernimpfung? \_\_\_\_\_

Wenn nein, warum nicht?

---

Welche Lebensmittel darf das Kind nicht essen?

---

Aus welchem Grund (bitte erläutern):

---

\_\_\_\_\_  
Stade, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigten