Kindertagesstätte Wiesenthau Schlaifhausen 100 91369 Wiesenthau

Tel.09191/3519840 kindergarten@kita-wiesenthau.de

Voranmeldung für einen Betreuungsplatz imKindergarten /Krippe

**Daten des Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |  |
| Vorname |  |
| Straße |  |
| PLZ / Ort |  |
| Telefon |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsort |  |
| Staatsangehörigkeit |  |
| Religion |  |
| Geschlecht |  |
| Geschwister mit Geburtsjahr |  |
| Abholberechtigte Personen mit Telefonnummer |  |
| Besonderheiten ( z.B. Krankheiten, Allergien, Vorlieben, Abneigungen, Lebensmittelunverträglich-keiten) |  |
| Liegt eine Behinderung vor? Wenn ja, wieviel % ?  Bescheinigung beifügen ! |  |

**Daten der Eltern bzw Erziehungsberechtigten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Mutter** | **Vater** |
| Familienname |  |  |
| Vorname |  |  |
| Sorgerecht ja / nein |  |  |
| Straße |  |  |
| PLZ / Ort |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |
| Geburtsort |  |  |
| Staatsangehörigkeit |  |  |
| Religion |  |  |
| Beruf |  |  |
| Arbeitgeber |  |  |
| Telefon privat |  |  |
| Telefon geschäftlich |  |  |
| Handynummer |  |  |
| E-Mail |  |  |

**Rund um die Gesundheit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Adresse und Telefonnummer Kinder- o. Hausarzt |  | | |
| Krankenkasse |  | | |
| Entfernung von Zecken, Splittern oder Stacheln durch eine pädagogische Fachkraft | | Ja | Nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Impfungen** | Ja | Nein | Letzte Impfung am: |
| Tetanus |  |  |  |
| Zecken |  |  |  |
| Masern |  |  |  |