**Anmeldung Haus des Kindes**

Neustückweg 1a

67105 Schifferstadt

Tel: 06235/458740

E-Mail:

Kita-Hausdeskindes@Schifferstadt.de

 67105 Schifferstadt

 Tel.: 06235 / 929383

 E-Mail: hausdeskindes@online.de

 

**Personalien des Kindes**

Name: Vorname:

Geburtsdatum : Staatsangehörigkeit:

Wohnort: Straße:

Muttersprache: Zweitsprache:

Geschlecht:

# Personalien der Mutter

Name: Vorname:

Wohnort: Straße:

Tel. privat: Tel. beruflich:

Alleinerziehend: [ ]  ja [ ]  nein

Elternzeit bis:

Berufstätig: [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ganztags [ ]  teilzeit

# Personalien des Vaters

Name: Vorname:

Wohnort: Straße:

Tel. privat: Tel. beruflich:

Alleinerziehend: [ ]  ja [ ]  nein

Elternzeit bis:

Berufstätig: [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ganztags [ ]  teilzeit

**Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme: Monat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Jahr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ab dem vollendeten ersten Lebensjahr [ ]  Gz / bis zu 10 Std. / mit Verpflegung

Ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr [ ]  Gz / bis zu 10 Std. / mit Verpflegung

Ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr [ ]  7Std.mit Verpflegung / 7:30-14:30 Uhr

Ab dem Schuleintritt [ ]  Gz / bis zu 10 Std / mit Verpflegung

Anmeldung in anderen Einrichtungen: [ ]  ja [ ]  nein

**Mir ist bekannt, dass mit dieser Vormerkung keine Zusage zur Aufnahme verbunden ist.**

Datum: Unterschrift: