**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: