

Vormerkung Kindertagesstätte Rettichnest

Am Sportzentrum 7, 67105 Schifferstadt - Ansprechpartner: Johannes Becker

E-Mail: [kitarettichnest@schifferstadt.de](mailto:kitarettichnest@schifferstadt.de)

**Personalien des Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum : | Staatsangehörigkeit: |
| Wohnort: | Straße: |
| Muttersprache: | Zweitsprache: |
| Geschlecht: |  |

**Personalien der Mutter**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | | Vorname: | | |
| Wohnort: | | Straße: | | |
| Tel. privat: | Tel. tagsüber: | | E-Mail: | |
| Alleinerziehend:  ja  nein | | Elternzeit bis: | | |
| Berufstätig:  nein  ja  Vollzeit  Teilzeit, Anzahl der Std. **täglich:** | | | |  |

**Personalien des Vaters**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | | Vorname: | | |
| Wohnort: | | Straße: | | |
| Tel. privat: | Tel. tagsüber: | | E-Mail: | |
| Alleinerziehend:  ja  nein | | Elternzeit bis: | | |
| Berufstätig:  nein  ja  Vollzeit  Teilzeit, Anzahl der Std. **täglich:** | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschter Zeitpunkt der Aufnahme:** (bitte hier das gewünschte Datum eintragen; Anmeldungen voraussichtlich ab Januar/Februar 2024 möglich) |  |

**Gewünschtes Betreuungsangebot (bitte ankreuzen):**

Ab dem Alter von 2 Jahren  Ganztags / bis zu 10 Std. / mit Verpflegung (7-17 Uhr)

Bitte den genauen Betreuungsbedarf angeben: \_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_ Uhr

Bemerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teilzeit / 7 Std. Betreuungszeit mit Verpflegung

(7-14 Uhr)

Ist Ihr Kind in anderen Einrichtungen vorgemerkt:  ja  nein

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, DatumUnterschrift der/des Personensorgeberechtigten