

Anmeldung für **Monat / Jahr:**_____

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Kita St. Bonifaz | Kita ArcheMedes | Hans-Georg Karg Kita |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Kindergarten | <input type="checkbox"/> Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Krippe | <input type="checkbox"/> Krippe | |

Empfehlung für unsere Einrichtung? Wenn ja, von wem?

- Kinderarzt Eltern/ Bekannte Sonstige:

Gewünschte Betreuungszeit

Mo. bis Do von bis Tgl. Buchungszeit
Freitag: von bis

1 Personalien des Kindes

1 bis 6 bitte vollständig ausfüllen

Familiename, Vorname:	
Geburtstag:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Religion:
Wohnanschrift, Straße:	
PLZ Wohnort:	

2 Personalien der Mutter

Familiename, Vorname:	
Geburtstag:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Religion:
Herkunftsland:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> :
Wohnanschrift, Straße:	
PLZ Wohnort:	
Beruf:	Arbeitgeber:
Telefon privat:	Telefon dienstlich:
E-Mail:	

3 Personalien des Vaters

Familiennamen, Vorname:	
Geburtstag:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Religion:
Herkunftsland:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/>
Wohnanschrift, Straße:	
PLZ Wohnort:	
Beruf:	Arbeitgeber:
Telefon privat:	Telefon dienstlich:
E-Mail:	

4 Geschwister

Vorname:	geb. am:
Vorname:	geb. am:
Vorname:	geb. am:
Evtl. Besonderheiten:	

5 Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand des Kindes

6 Sonstige wichtige Informationen über Kind und Familie:

Entwicklungsverlauf, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Bedürfnisse und Vorlieben des Kindes, Besonderheiten, Aussagen von Experten oder Arzt

7 Sprachverständnis des Kindes

8 Vorerfahrung in Kindergruppen (z. B. Krippe etc.)

Änderungen zu den vorgenannten Punkten werden der Einrichtung unverzüglich mitgeteilt.

Falls die Eltern keine schriftliche Nachricht/ Zusage von der Kindertagesstätte des CJD Nürnberg erhalten, bedeutet dies automatisch, dass wir dem angemeldeten Kind leider keinen Platz zur Verfügung stellen können.

Ich erkläre mich dazu bereit, dass mein Kind an psychologischen Testverfahren teilnehmen darf und notwendige Informationen an die betreffenden Mitarbeiter weitergegeben werden dürfen. Über die Ergebnisse werde ich auf eigenen Wunsch informiert.

Zur Kenntnis genommen und unterschrieben:

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten