

ANMELDUNGfür das zentrale Anmelderegister NH-Kita
für Kindergärten/Kindertagesstätten

Stempel der Einrichtung

Angaben zum Kind:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Nationalität: _____ Muttersprache: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

 Mädchen Junge Gewünschtes Aufnahme datum: _____**Besonderheiten in Bezug auf das Kind**(z. B. Allergien, Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen, integrative Maßnahme/n notwendig):
_____**Ich/wir benötige/n folgende Betreuungszeit* für mein/unser Kind:** Krippengruppe 1 Jahr bis 3 Jahre Kindergarten ab 3 Jahre Altersmischung 2 Jahre bis 3 Jahre Regelgruppe max.32,5 Std./Woche VÖ durchgehende Betreuung von maximal 6,5 Std./Tag GT I **mit Mittagessen**, durchgehende Betreuung von max. 10,5 Std./Tag GT II **mit Mittagessen**, durchgehende Betreuung von max. 7,5 Std./Tag GT III **mit Mittagessen**, durchgehende Betreuung von max. 9 Std./Tag**Betreuungszeiten nur so weit in der jeweiligen Einrichtung gewünschte Betreuung auch vorhanden!***Ich/wir melde/n mein/unser Kind in folgender Einrichtung an:****Priorität 1:** _____**Priorität 2:** _____**Priorität 3:** _____**Sind bereits Geschwister in einer Betreuungseinrichtung in Malsch?** Nein Ja Name und Einrichtung: _____**Haben Sie bereits eine Platzzusage in einer Kita in Malsch erhalten?** Nein Ja wenn ja, in welcher Kita und ab wann: _____

Angaben zur Mutter:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Telefon (Festnetz / Mobil): _____

E-Mailadresse: _____

Sorgeberechtigt: Ja Nein

Alleinerziehend: Ja Nein

Beschäftigungsverhältnis: _____

(z.B. Vollzeit, Teilzeit-weniger als 20 Wochenstunden, Teilzeit- 20 Wochenstunden oder mehr, arbeitssuchend, Studentin, Auszubildende, Elternzeit, nicht berufstätig oder andere

Bildungsmaßnahmen (Sprachkurs, Weiterbildung etc.): _____

Bezieht SGB II Leistungen: Ja Nein

Angaben zum Vater:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Telefon (Festnetz / Mobil): _____

E-Mailadresse: _____

Sorgeberechtigt: Ja Nein

Alleinerziehend: Ja Nein

Beschäftigungsverhältnis: _____

(z.B. Vollzeit, Teilzeit-weniger als 20 Wochenstunden, Teilzeit- 20 Wochenstunden oder mehr, arbeitssuchend, Studentin, Auszubildende, Elternzeit, nicht berufstätig oder andere

Bildungsmaßnahmen (Sprachkurs, Weiterbildung etc.): _____

Bezieht SGB II Leistungen: Ja Nein

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

Unterschrift Einrichtungsleitung:
