

Voranmeldung für die Kita Philemon

Alle mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

ANGABEN ZUM KIND

Name*	<input type="text"/>	Vorname*	<input type="text"/>	Geburtstag*	<input type="text"/>		
Nationalität*	<input type="text"/>	Religion	<input type="text"/>	Junge*	<input type="checkbox"/>	Mädchen*	<input type="checkbox"/>
Herkunftsland*	<input type="text"/>	Sprache*	<input type="text"/>	Geschwister	<input type="text"/>		
Straße, PLZ, Ort* <input type="text"/>							
Krankenkasse*	<input type="text"/>	Hausarzt	<input type="text"/>				

ANGABEN SORGEBERECHTIGTE PERSON 1

Name*	<input type="text"/>	Vorname*	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Nationalität*	<input type="text"/>	Herkunftsland*	<input type="text"/>	Religion	<input type="text"/>
Familiensprache*	<input type="text"/>	weitere Sprachen*	<input type="text"/>		
Stellung zum Kind*	<input type="text"/>	Sorgeberechtigt*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
E-Mail*	<input type="text"/>	Handy*	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>	vom Kind abweichende Adresse*	<input type="text"/>		

ANGABEN SORGEBERECHTIGTE PERSON 2

Name*	<input type="text"/>	Vorname*	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Nationalität*	<input type="text"/>	Herkunftsland*	<input type="text"/>	Religion	<input type="text"/>
Familiensprache*	<input type="text"/>	weitere Sprachen*	<input type="text"/>		
Stellung zum Kind*	<input type="text"/>	Sorgeberechtigt*	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
E-Mail*	<input type="text"/>	Handy*	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>	vom Kind abweichende Adresse*	<input type="text"/>		

ANMERKUNGEN (Krippe oder Elementar, erhöhter Förderbedarf, Geschwister in Kita)

AUFNAHMEWUNSCH

<input type="checkbox"/> 5 Stunden (nur Elementar)	<input type="checkbox"/> Krippe	<input type="checkbox"/> Elementar
<input type="checkbox"/> 6 Stunden	gewünschtes Aufnahmedatum: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 8 Stunden	<u>benötigte tägliche Betreuungszeit:</u>	
<input type="checkbox"/> 10 Stunden	von <input type="text"/> Uhr bis <input type="text"/> Uhr	
Datum: <input type="text"/>	Unterschrift: <input type="text"/>	