



Kindergarten St. Cyriakus

Fachrainstr. 9
63843 Niedernberg
Tel. 06028-9989760

Anmeldung:

Angaben zum Kind:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	weiblich: <input type="checkbox"/> Männlich: <input type="checkbox"/>
Geburtsort-/land:	
Straße und Nr.	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	
Konfession:	
Welche Sprache spricht Ihr Kind?	
Hat Ihr Kind bereits eine andere Einrichtung besucht?	
Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Welche?	
Hat Ihr Kind Geschwister?	
1.	geb. am:
2.	geb. am:
3.	geb. am:

Hausarzt Ihres Kindes, der im Bedarfsfall konsultiert werden soll: (im Notfall auch jeder andere Arzt)	
Name:	
Anschrift:	Telefon:
Name Ihrer Krankenkasse/Krankenversicherung:	
Besonderheiten hinsichtlich der Gesundheit Ihres Kindes (z.B. Allergien, chronische Krankheiten etc.)	
Impfstatus Tetanus:	Datum letzte Impfung:
Ist Ihr Kind behindert oder von Behinderung bedroht?	
Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>	
Bescheinigung der Behinderung gültig bis:	
Sorge-oder Bezugsrecht:	
beide Elternteile: <input type="checkbox"/>	Mutter: <input type="checkbox"/> Vater: <input type="checkbox"/>
Sonstige:	

Angaben zu den Eltern (Personenberechtigte):

Mutter:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße und Nr.	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	dienstlich:
Mobil:	E-Mail:
Beruf:	
Staatsangehörigkeit:	
Herkunftsnationalität:	

Vater:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße und Nr.	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	dienstlich:
Mobil:	E-Mail:
Beruf:	
Staatsangehörigkeit:	
Herkunftsnationalität:	

Sonstige Angaben:

Wer darf Ihr Kind außer Ihnen abholen? Name/Adresse/Telefon:
Wen dürfen wir <u>im Notfall</u> kontaktieren, sollten Sie nicht erreichbar sein? Name/Adresse/Telefon:

Niedernberg, den

Unterschrift der Eltern/
Sorgeberechtigten