



Kath. Kindertagesstätte St. Georg * Am Wallgraben 15 * 56751 Polch * 02654 2421

Anmeldung

1. Angaben zum Kind:	
Name und Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Familiensprache	
Konfession	
Straße / Hausnummer	
Wohnort	
Staatsangehörigkeit	
Herkunftsland	

2. Angaben zum Betreuungswunsch	
Ich/Wir benötigen einen Betreuungsplatz ab dem ____ . Lebensjahr.	
Ich/Wir benötigen folgende Betreuungsart: (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Ganztags – 9,5 Stunden Mo-Fr von 7:00 Uhr – 16:30 Uhr Ihr Kind erhält ein warmes Mittagessen
	<input type="checkbox"/> Teilzeit – 7 Stunden Mo-Fr von 7:00 Uhr – 14.00 Uhr Ihr Kind erhält ein warmes Mittagessen
	<input type="checkbox"/> Teilzeit Mo-Fr von 7:00 Uhr – 12:00 Uhr Ich/ wir benötigen keine Übermittag Betreuung
Gewünschtes Aufnahmedatum:	

3. Angaben zu den Erziehungsberechtigten		
	1. Erziehungsberechtigte Person	2. Erziehungsberechtigte Person
Name / Vorname		
Straße/Hausnummer		
Wohnort		
Staatsangehörigkeit		
Herkunftsland		
Telefon		
Handy		
E-mail		

Ort, Datum	1. Erziehungsberechtigte Person	2. Erziehungsberechtigte Person
.....		
Wird von der Kindertagesstätte ausgefüllt		

Aufnahme zum _____ in Gruppe: _____

Unterlagen erteilt Aufnahmegespräch am: _____