

Anmeldung Nr.

***Anmeldungen Kindergarten SCHIRNING
für das Kindergartenjahr 20 / 20***

K i n d :

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nummer:

Staatsbürgerschaft: Religion:

Geschwisteranzahl: davon männlich: weiblich:

Hausarzt:

Kindergarteneintritt mit :

Eltern / Erziehungsberechtigte:

Namen:

Adresse:

Beruf der Mutter: Beruf des Vaters:

↳ derzeit beschäftigt: ja nein

↳ wenn ja: ganztags halbtags

Alleinerziehende Mutter: ja nein

Alleinerziehender Vater: ja nein

Sind bei ihrem Kind Allergien bekannt?

ja nein

↳ wenn ja, welche:

Dürfen im Kindergarten bei Bedarf durch die Pädagoginnen Pflaster, Desinfektionsmittel und Salben verabreicht werden?

ja nein

Bekommt Ihr Kind eine Therapie (z.B. logopädische Betreuung, Ergotherapie)?

ja nein

↳ wenn ja, welche:

Datum:

Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten:

.....

.....