Ev. Kindergarten Gehlenbeck

Bleichstr. 42

32312 Lübbecke

05741/6555

Kiga.gehlenbeck@kirchenkreisluebbecke.de

**Anmeldung**

Familienname des Kindes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname/n des Kindes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich O / weiblich O

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Straße/ Postleitzahl/Ort)

(Telefon/Mail)

Nationalität:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Konfession:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankheiten oder Besonderheiten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betreuungszeiten: 25 Stunden O

35 Stunden geteilt O

35 Stunden geblockt mit Mittagessen O

45 Stunden O

Aufnahme zum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eltern/Erziehungsberechtigte:**

Mutter: Vater:

(Name, Vorname) (Name, Vorname)

(Nationalität/Konfession) (Nationalität/Konfession)

(Beruf) (Beruf)

Ausübung des Berufes: Ausübung des Berufes:

Ja O Nein O Ja O Nein O

Teilweise O Teilweise O

Elternzeit O Elternzeit O

Geschwister:

Name/ Alter:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Anmeldungen in anderen Einrichtungen:

1.

2.

3.

4.

Vorrangige Einrichtung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort/Datum) (Unterschrift)