
Vor-und Zuname der Erziehungsberechtigten (Druckschrift)

Anschrift

E-Mail- Adresse

Telefonnummer Mutter / Vater

Familienstand: verheiratet, ledig, alleinerziehend Geschwisterkinder

Nationalität und Konfession (Druckschrift) Familiensprache

Krankenkasse; Hausarzt; Kinderarzt

Berufstätigkeit Mutter / Vater

Geburtstag Mutter / Vater

Anmeldung

Hiermit melde(n) ich/ wir meine Tochter/ meinen Sohn _____
(Vor- und Zuname)

geb. am _____ wohnhaft in _____

für das Jahr _____ im Familienzentrum NRW Montessori-Kinderhaus an.

Mein Kind hat einen besonderen Förderbedarf und erhält/ benötigt folgende

Therapiemaßnahmen:

- Physiotherapie / Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sonstiges _____

Weitere Hinweise zur Gesundheit/ Allergien/ Unverträglichkeiten:

Ich/ wir wünsche(n) für mein/ unser Kind einen Platz in

- der Tagesstätten- Gruppe**
- einer Regelgruppe**

Wir buchen folgende Betreuungszeiten:

- 25 Stunden** in der Zeit von 7:00-13:00 Uhr
- 35 Stunden** in der Zeit von 7:00-13:00 und 14:00-17:00 Uhr
- 35 Stunden** in der Zeit von 7:00-14:00Uhr (auf Anfrage)
 - Snack von Zuhause (Obst/Rohkost, Brot, Joghurt)
 - Mittagessen
- 45 Stunden** in der Zeit von 7:00-17:00 Uhr (Tagesstätte auf Anfrage)

Darüber hinaus haben wir folgenden Betreuungsbedarf: _____

Unser Kind ist bereits in einer anderen Einrichtung angemeldet.

- Ja, in der Kita _____
- Nein

Wir wünschen uns folgende Einrichtung für die Betreuung unseres Kindes

Erstwunsch _____

Zweitwunsch _____

Drittwunsch _____

Bitte melden Sie Ihren Bedarf auch in Kita online Bürgerportal an.

<https://www.straelen.de/de/inhalt/kindertagesstaetten/>

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigten)